ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. DESTENAY BUSSIÈRE FRÈRES

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE

PUBLIÉES PAR

A. GOUGUENHEIM ET **M. LERMOYEZ**

Médecin de l'hôpital Lariboisière — Médecin des hôpitaux

Avec la collaboration de

MM. les Drs Aysaguer, Boulay, Castex, H. Chatellier, Courtade, Cuvillier, Egger, Gellé, Glover, Helme, Lœwenberg, J. B. Marty, Mounier, Lannois, agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux de Lyon, Garel, médecin des hôpitaux de Lyon, Collet, agrégé de la Faculté de Lyon Vacher (Orléans), Couetoux (Nantes), Lichtwitz (Bordeaux), Dugardin (le Hâvre), Hamon du Fougeray (le Mans), F. Suarez de Mendoza (Angers), Raugé (Challes), Aigre (Boulogne-sur-Mer), Sénac Lagrange (Cauterets), Delstanche, Capart, Laurent (Bruxelles), Schiffers (Liège), P. Koch (Luxembourg et Nancy), Szenes, Neuman (Budapest), Zaufal (Prague), Politzer, Schrötter, Chiari, Hajek (Vienne), Jacobson, Lublinski, F. Peltesohn, E. Meyer (Berlin), Ziem (Danzig), Lange (Copenhague), Ouspenski (Moscou), T. Heryng, T. Heiman (Varsovie), E. Woakes, Lennox Browne (Londres), Labus (Milan), C. Corradi (Vérone) Gradenigo (Turin), Strazza (Gênes), Cozzolino (Naples), Fenoglio (Cagliari), D'Aguanno (Palerme), Solis-Cohen, Randall, Sajous (Philadelphie), Cl. Blake (Boston), Bryson Delavan (New-York), Sécrétan (Lausanne), C. M. Desvernine (la Havane), A. J. Beehag (Sidney).

Et avec le concours de

MM. les Professeurs Duplay, Tillaux, Terrier et Berger, Drs de Saint-Germain, Périer, Pozzi, Labbé, Humbert, Richelot, Terrillon, Reclus, Picqué et Guinard, chirurgiens des hôpitaux de Paris, Professeurs Fournier, Grancher, Proust, Drs C. Paul, J. Simon, Descroizilles, Sevestre, Hallopeau, Huchard, Labadie-Lagrave, Danlos, Alb. Robin, Balzer, Barth, Letulle, Chauffard, Netter et Launois, médecins des hôpitaux de Paris, Nimier, agrégé au Val-de-Grâce, J. Teissier, profr à la Faculté de Lyon, Coyne et Masse, profrs à la Faculté de Bordeaux, Drs Leval, Hischmann, R. Leudet, Plicque, P. Le Noir, P. Tissier, Reblaub, Hélary, Régnier, Dudefoy, Gastou et Mme Nageotte, ex-internes des hôpitaux de Paris, Michel-Dansac, Laurens, Ripault et Lemariey, internes des hôpitaux de Paris.

TOME XXI. — 1895

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
Agents en Amérique : P. BLAKISTON, SON ET Cie
1012, WALNUT STREET, PHILADELPHIE

1895

Tome XXI. — N° 1. — Janvier 1896.



ANNALES
DES MALADIES DE
L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

MEMOIRES ORIGINAUX

I

L'APPAREIL NERVEUX DE L'OLFACTION

Par le Dr **P. E. LAUNOIS**, Préparateur d'histologie à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.

Les récents perfectionnements de la technique histologique, la théorie des neurones sensitifs périphériques et centraux qui en ont été la conséquence, ont singulièrement modifié dans ces dernières années nos connaissances sur la disposition normale des organes des sens.

Depuis Golgi, *l'appareil nerveux de l'olfaction* a été tout particulièrement étudié ; bien longue serait la liste des travaux publiés sur ce sujet. Nous nous contenterons de citer, parmi les recherches les plus importantes et les plus consciencieuses, celles de Ramon y Cajal, de son frère P. Ramon, de Van Gehuchten et Martin, de Kölliker et Retzius, de Brunn et Lenhossek, de Conil. Les données anatomiques fournies par ces différents histologistes ont été contrôlées et pleinement confirmées par notre maître le Professeur Mathias Duval ; il les a, avec sa clarté et son talent habituels, exposées dans ses

leçons de cette année. Nous avons largement puisé dans son enseignement les éléments de cette revue.

L'appareil nerveux de l'olfaction se divise en deux parties bien distinctes : l'une, périphérique, extra-crânienne, va de la muqueuse nasale au bulbe olfactif et comprend les origines du nerf ; l'autre, centrale, va du bulbe olfactif aux centres corticaux de la région temporale. Chacune de ces portions, pour la commodité de la description, doit être étudiée isolément.

A. — Portion périphérique ou extra-cranienne (origines du nerf olfactif)

Les mémorables et déjà anciennes recherches de Max Schültze avaient établi que les corpuscules nerveux olfactifs

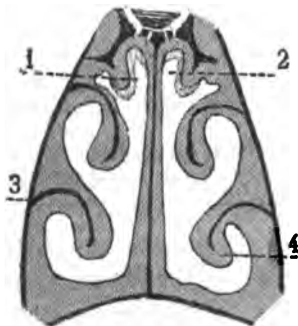


Fig. 1. — *Coupe transversale des fosses nasales (schématique).*

1. Locus luteus.
2. Fente olfactive.
3. Cornet.
4. Muqueuse de Schneider.

siègent dans une portion restreinte de la muqueuse nasale et plus spécialement dans sa partie supérieure. Plus récemment, V. Brunn a montré que, chez l'homme, les cellules olfactives occupent la surface de la muqueuse qui recouvre la partie moyenne du cornet supérieur et la partie correspondante de la cloison des fosses nasales. D'après Mathias Duval les cor-

puscules olfactifs sont tassés au milieu des cellules épithéliales dans la portion de la muqueuse nasale qui tapisse le bord libre du cornet supérieur, sa face supérieure, la voûte des fosses nasales et la partie correspondante de la cloison. Ces différentes parties limitent une fente, la *fente olfactive*, encore appelée *locus luteus ou surface jaune* de Todd et Bowmann. La muqueuse présente en effet chez l'homme à ce niveau une coloration jaunâtre; elle est un peu plus foncée, d'un jaune brunâtre chez les animaux. (Voir fig. I).

Dans cette région le chorion de la muqueuse se rapproche par sa structure de celui de la muqueuse de Schneider qui tapisse le reste des fosses nasales.

Les glandes en tubes ramifiés, glandes à mucus, y sont peu nombreuses, la vascularisation y est moins abondante.



Fig. 2. — *Epithélium de la région olfactive* (*d'après* MATHIAS DUVAL).

1. Prolongements périphériques des cellules nerveuses.
2. Cellules nerveuses (neurones olfactifs périphériques).
3. Prolongement central.
4. Cellules épithéliales de soutien.
5. Cellules basales.

Lorsqu'on étudie l'épithélium qui recouvre la muqueuse de la région olfactive, on voit que celui-ci est constitué par deux grandes variétés de cellules ; les unes de nature franchement épithéliale, les autres de nature nerveuse. (Voir fig. II).

1° *Cellules épithéliales :* elles se présentent sous deux formes bien différentes.

Les unes, véritables *cellules de soutien*, sont formées par un corps très long qu'un noyau ovale divise en deux parties. La partie supérieure régulièrement cylindrique est constituée

par un protoplasma finement strié en long. La partie inférieure est au contraire très irrégulière ; ses bords sont creusés d'encoches plus ou moins profondes. Quand on examine ces cellules en place, on voit que leur extrémité supérieure ne présente ni plateau ni cils vibratiles ; ce caractère permet facilement de les différencier des autres éléments épithéliaux qui tapissent la muqueuse de Schneider. Ces éléments sécrètent du mucus en petite quantité ; celui-ci se condense parfois à la partie supérieure de la cellule sous forme d'une petite lentille. Cette coagulation de mucus a été prise à tort par certains auteurs pour un épaississement du protoplasma disposé sous forme de plateau. L'extrémité inférieure des cellules de soutien présente deux pointes entre lesquelles existe une excavation ; c'est une disposition qui se retrouve très souvent dans d'autres épithéliums lorsque ces éléments présentent une surface d'implantation assez large.

La seconde variété de cellules de soutien est représentée par des éléments irréguliers, dont les bords présentent des saillies et des dépressions. Ces éléments anatomiques, formés par une masse de protoplasma munie d'un noyau volumineux, sont situés dans les encoches que présentent les grandes cellules. Elles forment par leur réunion une couche basale ou de remplacement. Certains auteurs les considèrent comme des cellules migratices.

2° *Cellules nerveuses.*

Entre les éléments de soutien que nous venons de décrire, on trouve, surtout si on a recours aux derniers perfectionnements de la technique histologique, d'autres cellules dont les caractères sont tout à fait particuliers. Elles sont formées par un noyau volumineux entouré d'une très mince couche de protoplasma et présentent deux prolongements. Le prolongement périphérique monte vers la surface de la muqueuse entre les cellules de soutien dont il dépasse un peu le niveau.

Il se présente sous la forme d'un petit bâtonnet de substance réfringente et offre à son extrémité libre une série (deux ou trois) de petits cils minces ou mieux de petits prolongements ramifiés qui, d'après Ranvier, sont, pendant la vie des cellules, doués de petits mouvements de balancement.

Quant au prolongement central il part tantôt directement de l'extrémité inférieure de la cellule, tantôt de ses parties latérales. Il s'enfonce vers la profondeur de la muqueuse, s'entoure plus loin d'une gaîne de myéline et d'une gaîne de Schwann, s'accole à des prolongements similaires venus d'autres cellules nerveuses. De la réunion de ces différents tubes naissent de petits cordons blanchâtres, petites branches nerveuses que les anciens anatomistes décrivaient sous le nom de branches terminales du nerf olfactif. Les filets nerveux ainsi constitués traversent les orifices que présente la lame criblée de l'ethmoïde et se rendent au bulbe olfactif où ils se ramifient.

B. — Portion centrale, intra-cranienne

Au-dessus de la lame criblée de l'ethmoïde, à la face inférieure du lobe frontal du cerveau antérieur on trouve une petite masse ovoïde de substance nerveuse, c'est le *bulbe olfactif.*

Complètement libre sur toute sa surface, il est relié en arrière au cerveau antérieur par un cordon blanc de forme triangulaire, la *bandelette olfactive.* (Voir fig. III.)

« Au voisinage de la substance perforée antérieure, la bandelette olfactive se divise en plusieurs faisceaux, *les racines olfactives.* Celles-ci se dirigent en arrière et en dehors et peuvent être poursuivies jusqu'au niveau de l'extrémité antérieure du lobe temporal. »

D'après Zuckerkandl une de ces racines se continuerait dans la voûte à trois piliers et pourrait être poursuivie jusque dans la corne d'Ammon.

Chez les singes et chez l'homme le bulbe olfactif est relativement peu volumineux ; il est par contre très développé chez les carnassiers et les rongeurs ; il manque chez les cétacés.

Le bulbe olfactif de la plupart des mammifères présente une cavité centrale, prolongement du ventricule latéral du

cerveau antérieur ; elle est tapissée par une couche d'épithélium épendymaire.

Le bulbe olfactif de l'homme ne présente pas de semblable cavité : à sa place existe une traînée de substance gélatineuse (Van Gehuchten).

Quand on examine le bulbe olfactif chez des animaux où il est très développé (carnassiers, rongeurs, mammifères osmatiques de Broca) et qu'on traite les coupes par la méthode du chromate d'argent, on voit qu'il est formé de trois couches. (Voir fig. IV).

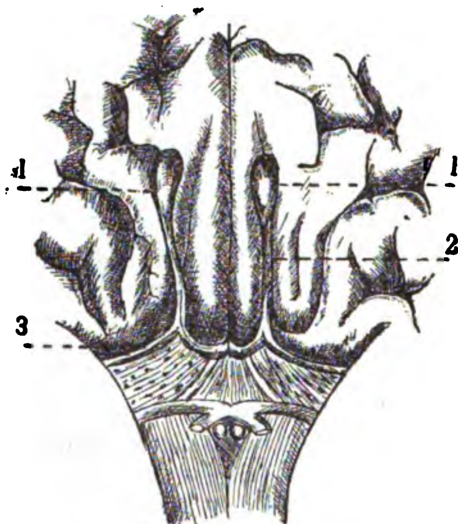


Fig. 3. — *Face inférieure du cerveau antérieur.*

1. Bulbe olfactif.
2. Bandelette olfactive.
3. Racines olfactives.

1° *Couche des fibrilles olfactives.* Elle comprend des cellules de la névroglie et de fines fibrilles nerveuses qui sont précisément les fibres olfactives d'origine que nous avons précédemment décrites. Ces faisceaux de fibrilles se divisent, se subdivisent et s'entrecroisent dans tous les sens. Vers la partie

profonde les tubes nerveux s'écartent les uns des autres et pénètrent dans la couche sous-jacente.

2° *Couche des cellules mitrales.* Formée d'éléments nerveux de nature très diverse, elle présente plus particulièrement une rangée continue de cellules nerveuses volumineuses de forme plus ou moins triangulaire, *les cellules mitrales.* On trouve de plus, à l'union de cette couche moyenne et de la couche superficielle, une série continue de masses granuleuses, plus ou moins arrondies et de volume variable « dont la structure intime et la signification véritable ont été pendant longtemps une énigme ; » ce sont les *glomérules olfactifs.*

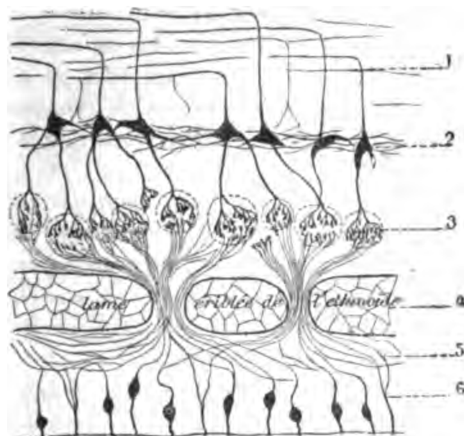


Fig. 4. — *Coupe du bulbe olfactif* (*d'après* VAN GEHUCHTEN).

1. Prolongements centraux des cellules mitrales.
2. Cellules mitrales du bulbe olfactif.
3. Glomérules olfactifs du bulbe olfactif.
4. Lame criblée de l'ethmoïde.
5. Prolongements centraux des cellules nerveuses.
6. Cellules nerveuses (neurones olfactifs périphériques).

Les cellules mitrales, ainsi nommées à cause de leur forme, se présentent sur les préparations traitées par la méthode de Golgi et de Ramon y Cajal sous forme de grosses masses noires (Voir planche IV).

De leur sommet interne part un prolongement cylindraxile

qui monte vers les centres nerveux. Les angles latéraux émettent un grand nombre de prolongements protoplasmiques qui se dirigent horizontalement en émettant de courtes branches collatérales et finissent en s'entrelaçant avec des prolongements similaires venus des cellules voisines. De la partie moyenne de la base de la cellule mitrale naît un prolongement protoplasmique beaucoup plus volumineux. Il descend vers la périphérie du bulbe olfactif, et après un certain trajet, en général peu long, il se ramifie un grand nombre de fois et donne naissance à un véritable buisson de branches terminales, courtes, épaisses, moniliformes, terminées par un épaississement libre. Entre ces arborisations pénètrent les arborisations similaires des fibres nerveuses olfactives périphériques ou prolongements cylindraxiles des cellules bipolaires de la muqueuse olfactive. Elles ont entre elles de simples rapports de contiguïté. Cet entrelacement de ramifications nerveuses, véritable zône d'articulation, constitue le *glomérule olfactif.*

3° *Couche des fibres nerveuses centrales.* On trouve dans cette couche quelques éléments cellulaires, désignés sous le nom de *grains ;* on ignore encore en grande partie la signification morphologique et physiologique de ces éléments. On y trouve en plus des fibres nerveuses qui sont les prolongements cylindraxiles des cellules mitrales.

Ces prolongements centraux se recourbent à une petite distance de leur origine, envoient quelques collatérales, s'entourent d'une gaîne de myéline et forment des tubes nerveux sans gaîne de Schwann et revêtent ainsi la structure de tous les tubes nerveux des centres.

Ces tubes nerveux forment par leur réunion *la bandelette olfactive et les racines olfactives,* véritables conducteurs qui portent les impressions sensitives recueillies à la surface de la muqueuse olfactive jusque dans l'écorce cérébrale ; ils se rendent en effet au lobe olfactif situé à l'extrémité antérieure du lobe temporal.

A ce niveau, c'est-à-dire dans la substance grise des circonvolutions temporales, les fibres nerveuses se résolvent en un bouquet d'arborisations terminales qui se mettent en rapport

avec les panaches protoplasmiques des grandes cellules pyramidales de l'écorce, véritables agents de perception des impressions olfactives.

Telle est la disposition anatomique de l'appareil nerveux de l'olfaction. Nous pouvons, pour nous résumer, la schématiser de la façon suivante : (Voir fig. V).

Le neurone olfactif périphérique (cellule bipolaire) est à la surface même de la muqueuse nasale.

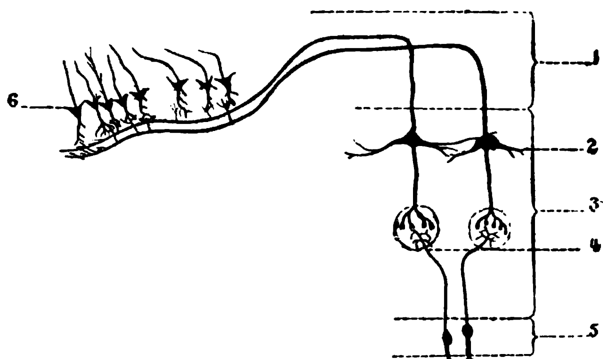


Fig. 5. — *Schéma de l'appareil nerveux de l'olfaction* (*d'après* Van Gehuchten).

5. Neurones olfactifs périphériques.
4. Prolongements centraux de ces neurones.
3. Glomérules du bulbe olfactif.
2. Cellules mitrales (neurones olfactifs centraux).
1. Prolongements centraux de ces neurones.
6. Cellules pyramidales de l'écorce cérébrale.

Il émet un prolongement cylindraxile qui se rend dans l'épaisseur du bulbe olfactif, s'y ramifie et se met en contact avec le prolongement périphérique également ramifié du neurone olfactif central (cellule mitrale) ; de ce dernier élément part un nouveau prolongement cylindraxile qui va vers les centres corticaux du cerveau (région temporale) et après s'être ramifié se met en rapport de contiguité avec les prolongements ramifiés des cellules de l'écorce.

Ces cellules perçoivent les impressions olfactives et commandent aux différents actes réflexes qui résultent du genre des impressions olfactives qu'elles ont reçues.

Van Gehuchten a clairement résumé ces données dans les lignes suivantes : « C'est dans le bulbe olfactif qu'apparaît, avec toute la clarté et toute la netteté désirable, le mode de superposition des éléments nerveux sensitifs et la façon dont ces éléments doivent agir l'un sur l'autre.

Le neurone olfactif périphérique a sa cellule d'origine en dehors de l'axe cérébro-spinal ; son prolongement protoplasmique s'éloigne du centre, son prolongement cylindraxile s'y termine. Le neurone olfactif des centres a sa cellule d'origine dans l'axe cérébro-spinal, ses prolongements protoplasmiques sont descendants, son prolongement cylindraxile est ascendant. Le contact entre le neurone périphérique et le neurone central se fait dans les glomérules olfactifs ; là, le prolongement cylindraxile du neurone périphérique rencontre les prolongements protoplasmiques du neurone central. »

Cette disposition est la même pour tous les autres éléments sensitifs, qu'ils pénètrent dans la moelle épinière ou dans une des parties supérieures de l'axe cérébro-spinal ; mais à cause de la complexité de structure des autres parties de l'axe nerveux, cette disposition y paraît avec beaucoup moins d'évidence que dans l'appareil nerveux de l'olfaction.

D'après les données histologiques modernes, on peut établir une certaine hiérarchie anatomique des organes des sens et reconnaître que celui de l'olfaction, au point de vue de la disposition, occupe le second rang. Dans ce sens, en effet, le neurone sensitif périphérique est à la surface et le neurone sensitif central est dans un prolongement du cerveau (bulbe olfactif) sont rapprochés de la périphérie. Dans la rétine, qui occupe le premier rang, le neurone sensitif périphérique et le neurone sensitif central sont plus rapprochés encore et situés tous deux dans l'épaisseur même de la membrane.

La rétine est donc un ganglion central, dont le nerf optique est le pédoncule.

Telle est la voie de la conductibilité nerveuse de l'olfaction ; elle offre, comme toutes les autres voies de sensibilité, plusieurs étapes représentées par les zones d'articulation des prolongements protoplasmiques des différents neurones sensitifs superposés. Ces étapes sont de véritables commutateurs favorisant

ou interceptant le courant nerveux, comme le font les commutateurs placés sur un circuit électrique qui laissent passer ou arrêtent le courant.

La disposition des neurones olfactifs périphériques et centraux est la même chez tous les vertébrés ; chez quelques-uns d'entre eux l'arrangement des éléments nerveux présente des caractères particuliers.

· Chez les oiseaux chaque cellule mitrale possède jusqu'à vingt prolongements protoplasmiques, chacun d'eux se termine dans un glomérule olfactif différent, où il arrive en contact avec les ramifications de deux, trois ou quatre fibrilles olfactives. Il s'en suit que les impressions recueillies par une soixantaine de cellules bipolaires de la muqueuse sont transmises au centre olfactif par une seule cellule mitrale.

Chez un grand nombre de vertébrés (chat, rat, souris, lapin) chaque cellule mitrale ne possède qu'un seul prolongement descendant dans un glomérule où aboutissent les prolongements de 8 ou 10 cellules bipolaires.

Chez le chien, dont l'odorat est si développé, chaque cellule mitrale ne possède qu'un seul prolongement protoplasmique descendant, mais dans un même glomérule viennent se ramifier les prolongements descendants de cinq ou six cellules mitrales. Il s'en suit que les impressions olfactives recueillies à la périphérie par une seule cellule bipolaire peuvent être transmises au cerveau par cinq ou six cellules mitrales. Van Gehucten, auquel nous empruntons ces détails d'anatomie comparée, fait remarquer, avec juste raison, que ces dispositions anatomiques rendent compte, dans une certaine mesure, de la différence d'acuité olfactive que l'on observe chez les différents animaux.

Les terminaisons des neurones olfactifs périphériques qui, situés au milieu des cellules épithéliales de soutien, font saillie à la surface de la muqueuse sont directement impressionnées par les particules odorantes. Celles-ci, ainsi que l'ont prouvé les ingénieuses expériences de Liégeois et de Tyndall, sont bien des particules matérielles, qu'elles proviennent de corps solides, liquides, volatils ou gazeux. Elles échappent toutefois à la balance et à nos moyens d'investigation. Emportées par l'ari,

elles traversent d'avant en arrière les fosses nasales ; étant donnée leur finesse, elles doivent venir au contact direct des prolongements périphériques des neurones olfactifs. Il en est bien ainsi et les effluves odorantes excitent sans intermédiaire les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses périphériques. De cette excitation naissent des sensations diverses qui sont transmises par la voie que nous avons indiquée jusqu'au niveau des cellules de l'écorce chargées de les analyser.

Nous aurions encore à étudier les relations qui unissent le goût et l'odorat au point de vue anatomique et physiologique, mais cette étude nous entraînerait trop loin.

« Le sens de l'odorat, comme le font remarquer Colin et Mathias Duval, est beaucoup plus délicat chez les animaux que chez l'homme ; il est pour eux un guide précieux et le point de départ d'un grand nombre de déterminations instinctives ou réfléchies. C'est ainsi qu'il se lie au sens du goût pour faire reconnaître les aliments qui conviennent à chaque espèce ; c'est ainsi encore qu'il devient l'agent d'une foule d'impressions relatives aux fontions de reproduction. »

II

LA DIPHTÉRIE DE L'ADULTE
A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Par le Dr A. **GOUGUENHEIM**,
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Au mois de mars dernier, j'ai présenté, à la Société médicale des hôpitaux, une étude sur le traitement de la diphtérie au pavillon d'isolement de l'hôpital Lariboisière, dans laquelle je crois avoir démontré, comme mes collègues des hôpitaux d'enfants, la supériorité vraiment extraordinaire du sérum antidiphtéritique sur les anciennes méthodes de traitement. Ce n'est pas un sujet de ce genre que je compte traiter dans ce mémoire ; et ce n'est qu'incidemment que j'aborderai ce côté toujours si intéressant de la question.

Ceux qui ont lu dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° de mai 1895, le mémoire que j'avais présenté à la Société médicale des hôpitaux, se rappelleront probablement que j'avais déjà attiré l'attention du public médical sur la fréquence plus grande qu'on ne le supposait de la diphtérie chez l'adulte et que je me proposais de poursuivre mes observations à ce sujet. Cette partie importante de la question sera étudiée plus à fond par un de mes élèves, M. Roché, qui m'a exprimé le désir de faire sa thèse inaugurale sur ce sujet. C'est une série des observations recueillies jusqu'à ce jour qui me permet de communiquer les résultats obtenus, et de fournir la preuve que mes prévisions se sont réalisées.

Voici le moyen dont je me suis servi pour entreprendre les

recherches que je projetais au moment où j'écrivis mon premier mémoire.

Je résolus de recevoir, au pavillon d'isolement, toutes les angines qui se présentaient à la Consultation des maladies de la gorge de l'hôpital Lariboisière, et c'est sur cet ensemble de malades recrutés au hasard, et sans parti-pris, que portèrent mes investigations. Ce mode de recrutement réussit tellement bien que le pavillon fut promptement rempli ; aussi faute de place, l'administration de l'Assistance Publique interdit-elle l'admission des malades hommes, ce qui expliquera comment dans les statistiques que je vais exposer, les femmes sont en majorité.

Le nombre des malades, qui font l'objet de ce travail, a été de 90 sur lesquels nous comptons environ 60 femmes et à peu près 30 hommes.

Si nous consultons les professions des malades, nous trouvons chez les hommes, un nombre à peu près égal d'ouvriers et d'employés de commerce, tandis que chez les femmes, il y avait 40 domestiques ; la contagion dans l'intérieur des familles explique peut-être le motif pour lequel le nombre des domestiques est si grand parmi les femmes ; tandis que du côté des hommes, les chances de contagion sont plus diverses. Retenons ce fait.

Chez nos 90 malades, nous voyons que le sérum a été employé un peu plus de 60 fois. Dans une vingtaine d'autres cas, on n'a pas fait d'injections, et pourtant on a constaté chez la plupart d'entre eux la présence du bacille de Löffler, mais la guérison est survenue parfois si rapidement que nous n'avions plus aucune raison de pratiquer l'inoculation. Peut-être aurions-nous montré plus de prudence en n'agissant pas ainsi, car, on sait que le mucus de la gorge des diphtéritiques peut renfermer des bacilles, même lorsqu'on croit la guérison définitive (Sevestre, *Soc. méd. des hôpitaux*). C'est une question à réserver, tout au moins au point de vue hygiénique et prophylactique.

Le sérum a été employé à des doses très variables, jamais inférieures à 10 centimètres cubes, mais pouvant s'élever dans certains cas jusqu'à 30 et 40 centimètres cubes en plusieurs

fois. Je n'affirmerai pas que les petites doses ont suffi pour guérir nos malades, car une grande partie d'entre eux étaient atteints de diphtérie bénigne et la guérison eût pu être spontanée ; du reste beaucoup de nos malades n'entraient dans le service que sur nos instances, considérant leur mal comme insignifiant et ne méritant pas une hospitalisation ; c'est ainsi que nous voyons circuler partout un grand nombre d'individus souffrant de maladies éphémères de la gorge, considérées généralement comme des affections peu importantes par les malades, et malheureusement quelquefois aussi par les médecins.

Notre mortalité a été absolument infime ; je ne relève dans notre statistique que deux ou trois cas de diphtérie hypertoxique qui n'auraient pu guérir par aucun traitement.

Les cas véritablement graves, sans être toxiques, se comptent aussi ; je veux parler ici de ceux où l'envahissement du larynx par les fausses membranes, pouvait légitimer des craintes d'envahissement rapide des voies respiratoires. Nous en avons observé quelques-uns dans lesquels la disparition des fausses membranes et le dégagement des malades ont été très prompts ; mais dans la suite, les troubles vocaux duraient fort longtemps et je les ai vus persister durant deux ou trois mois et même davantage.

J'arrive maintenant à la partie vraiment intéressante de mon travail. Le diagnostic bactériologique que nous avons pu entreprendre, grâce aux instruments qui nous ont été libéralement fournis par le Conseil municipal de Paris, a été fait chez 83 de nos malades ; 45 fois nous avons trouvé des diphtéries pures, 31 fois de la diphtérie associée à des streptocoques, et 7 fois des streptocoques seulement.

L'albuminurie existait chez près de 20 de nos malades, les autres n'en avaient pas, ce qui montre la bénignité des cas de diphtérie que nous avons observés, car on sait combien la présence de l'albuminurie est fréquente chez les diphtéritiques.

Sous quelle forme se présentaient les angines dans notre statistique ? Dans 40 cas, nous avons eu affaire à de simples

amygdalites folliculaires ou lacunaires et même sous l'aspect d'angines rouges, *une fois* nous avons observé la coïncidence d'une amygdalite phlegmoneuse suppurée !

Dans un cas nous avons rencontré *l'amygdalite herpétique* ; récemment, le Prof. Dieulafoy a donné lecture à la tribune de l'Académie de Médecine de deux faits de ce genre.

Chez tous les malades, les amygdales étaient très tuméfiées, et parfois à un tel point que l'on aurait pu croire que l'affection se terminerait par la suppuration.

Les cas où la diphtérie se présentait avec son cortège habituel de signes presque toujours impossibles à méconnaître tels que fausses membranes sur les amygdales, sur les piliers du voile du palais, sur la luette et la paroi postérieure du pharynx ont été au nombre de 37.

Les cas où il n'existait pas de bacilles caractérisques n'étaient constitués que par des amygdalites aiguës rouges ou folliculaires.

La durée du séjour de nos malades a été très variable, mais le plus souvent fort courte. Je vois d'après le tableau que j'ai sous les yeux, que la plupart du temps, la durée moyenne du séjour a été d'environ une semaine ; c'est seulement dans les cas exceptionnellement graves que nous voyons noté 30, 40 et même 50 jours.

De cette étude, basée sur des faits observés avec grand soin par nos élèves, tant au point de vue clinique que bactériologique, nous nous croyons autorisés à déduire les conclusions suivantes.

1° La diphtérie constitue une classe beaucoup plus importante et commune d'angines de l'adulte qu'on ne l'avait cru jusqu'alors.

2° C'est sous la forme d'angine couenneuse ordinaire étendue à de plus ou moins grandes surfaces de la gorge qu'elle peut se présenter, sans que cet aspect soit le plus fréquent.

3° C'est surtout l'aspect d'amygdalites folliculaires ou lacunaires aiguës que revêtent un très grand nombre de cas d'angines diphtéritiques.

4° Ces dernières formes sont habituellement très bénignes et guérissent preque toujours spontanément.

5° Les amygdalites herpétiques peuvent parfois être une des formes de l'angine diphtéritique.

6° L'angine diphtéritique bénigne peut quelquefois se compliquer de suppuration.

7° L'adénopathie est fréquente, mais elle n'existe pas dans tous les cas.

8° L'examen bactériologique s'impose dans tous les cas d'angine aiguë, sous peine d'erreur de diagnostic.

9° D'après tout ce que je viens de dire, il me semblerait nécessaire de fonder dans tous les hôpitaux un ***service spécial d'angines*** qui serait de la haute utilité et pourrait empêcher la formation des épidémies, petites ou grandes.

III

LES STAPHYLOCOQUES PYOGÈNES DANS LES OTITES MOYENNES AIGUES ET CHRONIQUES ET EN PARTICULIER DE LEUR MODE DE TRAITEMENT

CONSIDÉRATIONS BACTÉRIOLOGIQUES ET CLINIQUES

Par les Drs **O. PES** et **G. GRADENIGO** (de Turin).

Dans un précédent mémoire (1) sur le traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë, nous avons examiné les observations cliniques et bactériologiques des auteurs qui nous précédèrent, et, au point de vue bactériologique, à l'aide des résultats d'autrui et de notre expérience personnelle, nous avons cherché à résumer les lois générales d'après lesquelles peut se produire une inflammation de l'oreille moyenne.

Maintenant, à la suite d'un récent travail de Lermoyez et Helme (2) sur les rapports entre les staphylocoques et l'otorrhée, dans lequel il nous semble qu'il a été tenu peu de compte de plusieurs faits concernant la pathogénie de l'affection, et qu'il a été fourni de quelques autres une interprétation non entièrement conforme aux données de la pathologie expérimentale, nous reviendrons sur un argument qui nous semble avoir une certaine importance.

(1) G. Gradenigo et O. Pes. — Sulla cura razionale dell'otite media acuta. Studio clinico e batteriologico. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino.* Vol. XLII, fasc. 6, 7, 8, et *Archiv für Ohrenheilk.* Bd. XXXVIII, 1 et 2, p. 43).

(2) M. Lermoyez et F. Helme. — Les staphylocoques et l'otorrhée. Etiologie. Prophylaxie (*Annales des maladies de l'oreille*, n° 1, janvier 1895).

Notre intention n'est pas de résumer longuement l'article de Lermoyez et Helme, nous nous bornerons à entamer sur les points les plus importants une discussion, basée, de notre part, sur les observations connues jusqu'ici.

Les auteurs, dans une bibliographie où ne figurent pas certaines distinctions qui, à notre avis eussent été nécessaires, et d'après quelques recherches dont nous nous occuperons plus loin, arrivent à ces conclusions : « que les staphylocoques se montrent rarement au début de l'otite moyenne et presque toujours associés ; qu'au bout d'un temps variable une infection secondaire se greffe souvent sur l'infection primitive et finit par s'y substituer ; que cette infection secondaire est le fait des staphylocoques, et du staphylocoque blanc en particulier ; car on rencontre les staphylocoques 92 fois sur 100 dans le pus des vieilles otorrhées et presque toujours isolés ; cette infection détermine le passage de l'otite moyenne purulente à l'état chronique, et l'apport incessamment renouvelé des staphylocoques entretient cette chronicité : que les staphylocoques pourraient arriver des fosses nasales par la trompe d'Eustache, mais il y a lieu d'admettre qu'ils viennent en général du conduit auditif et pénètrent dans la caisse à la faveur de la perforation du tympan ; qu'ils peuvent préexister dans le conduit ; on les rencontre en effet dans la sécrétion cérumineuse ; mais qu'ils y sont surtout apportés par les objets de pansement non aseptisés, en particulier par l'ouate tant employée dans la thérapeutique auriculaire.

*
* *

Arrêtons-nous pour examiner ces conclusions.

Châtellier [1] dans un cas d'otite moyenne aiguë, après l'examen du liquide renfermé dans la caisse aussitôt après la paracentèse de la membrane tympanique, a trouvé uniquement le staphylocoque pyogène aureus et le pyogène albus.

[1] H. Chatellier. — Otite moyenne aiguë avec exsudat ; paracentèse, examen microscopique (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, 5e série, novembre 1888).

giques que peut subir un microorganisme et des rapports d'habitat, qui s'établissent entre celui-ci et l'organisme récepteur, très variés dans chacun des cas en raison d'une foule de conditions auxquelles il est soumis.

*
* *

Dans la longue série de cas dans lesquels les premiers examens furent pratiqués dans un espace de temps variable après la perforation spontanée de la membrane du tympan, les staphylocoques furent rencontrés très fréquemment. Lermoyez et Helme ne croient pas devoir expliquer ce fait par les moyens les plus communs et les plus rationnels, mais ils l'attribuent à des infections secondaires, sans que cela soit démontré par aucune recherche positive.

Du reste, après avoir constaté, dans les cas examinés pour la première fois après la perforation de la membrane tympanique, la présence des staphylocoques soit isolés, soit associés à d'autres microorganismes, peut-on affirmer qu'ils n'existaient pas lorsque la membrane tympanique était intacte ? Ce fait peut-il empêcher les staphylocoques de produire primitivement une otite moyenne aiguë en remontant par la trompe ? Pour nous, il est inadmissible que ,dans tous ces cas, la présence des staphylocoques soit due à des infections secondaires par le conduit auditif externe, ainsi que le veulent les auteurs. Mais comme ils parlent avec tant d'insistance des infections secondaires dues aux staphylocoques, et surtout à l'albus, voyons dans quels cas et combien de fois celles-ci ont été contrôlées bactériologiquement dans la littérature.

Netter (1) a observé dans 4 cas d'otite moyenne aiguë l'intervention tardive du staphyloccus pyogène aureus.

Zaufal (2), dans un cas, trouva, au bout de 8 semaines, le staphylococcus pyogène aureus à la place du pneumocoque.

(1) NETTER. — Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës (*Annales des maladies de l'oreille*, etc. n° 10, 1888).
(2) ZAUFAL. — *Prager med. Wochenschr.*, 1889.

Bordoni et Gradenigo [1] virent dans un autre cas, 10 jours après le premier examen, le staphylococcus pyogène aureus et l'albus se substituer au diplocoque de Fränkel.

Gradenigo et Pes dans un autre cas, 14 jours après la paracentèse et à la suite d'un drainage antiseptique, s'aperçurent que le staphylocoque pyogène albus avait remplacé le diplocoque de Fränkel.

D'après ces observations, très rares en vérité, il résulte que les staphylocoques, de même qu'ils peuvent provoquer primitivement une otite moyenne aiguë, peuvent également, au bout d'un certain temps, intervenir secondairement dans le foyer inflammatoire et trouver les conditions nécessaires pour établir des symbioses avec les microorganismes préexistants et se substituer à eux sans pour cela causer toujours de la chronicité. Mais on ne peut tirer de faits aussi rares des conclusions absolues. Toutefois, nous ferons remarquer que dans l'observation ci-dessus, on a employé seulement l'occlusion aseptique par un drainage de gaze iodoformée, qui nous fournit des cultures complètement stériles ; aussi pouvons-nous affirmer que l'infection secondaire par le staphylocoque pyogène albus ne provint pas du conduit auditif externe, mais du nez, par la trompe.

Pourtant nous sommes convaincus que les infections secondaires sont plus fréquentes que ne le ferait croire la liste des observations rapportées plus haut, mais nous sommes bien loin de croire qu'elles proviennent en général du conduit auditif. Il existe certainement des cas où cela peut survenir accidentellement ; c'est à cette catégorie qu'appartiennent les traumatismes, et tous ceux dans lesquels des agents médicamenteux et des instruments non stérilisés pénétrant directement dans la caisse y introduisent des germes pathogènes. Quoique ceci soit *a priori* plus qu'admissible et que de nombreuses observations l'attestent, les recherches bactériologiques le démontrant n'ont pas encore été faites jusqu'ici. Les auteurs insistent pour attribuer au staphylocoque albus la

(1) G. Bordoni-Uffreduzzi et G. Gradenigo. — Sull'etiologia dell otite media (*Archivio per le Sc. med.*, n° 12. Vol. XIV).

grande majorité des otorrhées chroniques, peut-être parce que ce microorganisme se montre très volontiers dans les suppurations lentes à faible réaction inflammatoire. Mais si cela est une note caractéristique des staphylocoques et des pyogènes en général quand ils ne sont pas très virulents, on ne doit pas attribuer tout aux seuls staphylocoques. Dans les otorrhées chroniques, Zaufal [1] a rencontré dans un cas un bacille pathogène pour les souris et les lapins, ne résistant pas à la méthode Gram ; Levy et Schrader [2] dans deux autres cas, dont un datant de plus de trente ans, ont vu le bacille saprogène II de Rosenbach ; Bordoni et Gradenigo ont observé dans un cas le proteus vulgaris de Hauser, et dans deux autres cas le proteus uni aux staphylocoques ; Gradenigo et Pes [3] ont vu le bacille pyocyanique dans un cas avec tendance marquée à la chronicité. Savons-nous, dans tous ces cas, en combien de temps avant d'être examinés, ces associations, ces nouvelles invasions se sont produites, quelle voie elles ont suivie, quelles luttes et quelles survivances se sont passées ?

D'autre part, l'observation clinique journalière prouve que la cause de la chronicité des otorrhées doit être recherchée dans la majeure partie des cas moins dans le microorganisme infectant que dans les conditions générales et locales de l'individu affecté, et qu'elle est en rapport avec des causes variées et complexes.

Tous les auteurs s'accordent à attribuer une grande importance au cours des otites à l'état général du malade ; les maladies infectieuses aiguës (typhus, scarlatine, rougeole, diphthérie, etc.) ou chroniques (syphilis, tuberculose), les dyscrasies, le diabète, le marasme et même la sénilité impriment à l'otite aiguë une marche prolongée et grave. On sait que chez les tuberculeux, l'otite moyenne purulente peut présenter, dès sa première apparition, des caractères manifestes de chronicité.

Tout clinicien peut affirmer que l'on rencontre des cas

(1) Zaufal. — *Prager med. Wochenschr.*, n° 36, 1887.
(2) Loc. cit.
(3) Loc. cit.

d'otite aiguë qui guérissent parfaitement et dans un laps de temps relativement court sans aucun traitement, et même malgré une thérapeutique initiale employée par le malade lui-même ou sa famille ; et d'autres cas dans lesquels une otite aiguë, malgré que dès le début elle ait été traitée énergiquement par les moyens locaux (paracentèses répétées, médications, sangsues, etc.) et généraux (repos au lit, diète appropriée, toniques, etc.), se prolonge et se complique de lésions mastoïdiennes ou cérébrales. Et tout ceci indépendamment de l'espèce de microorganismes pathogènes, cause de l'affection.

Après avoir établi l'importance de l'état général du malade sur la marche de l'otite, les otologistes sont moins d'accord quand ils cherchent à préciser les particularités locales qui, chez un individu sain et bien constitué, causent la durée ou la chronicité des otites.

Politzer énumère les causes suivantes :

1° Formation de granulations de la muqueuse de la caisse et de la membrane tympanique ;

2° Rétention de la sécrétion provoquée par une perforation du tympan trop petite ou située dans un endroit défavorable pour le drainage de la caisse ;

3° Complications mastoïdiennes ;

4° Affections inflammations secondaires du conduit auditif externe ;

5° Affections nasales chroniques.

Urbantschitsch et Ferreri accordent de l'importance comme cause de chronicité à l'insuffisance de propreté de l'oreille et à d'autres soins insuffisants.

Walb et après lui Corradi, mentionnant aussi les complications mastoïdiennes, insistent plus spécialement sur le traitement mal appliqué (douche d'air donnée trop tôt, médicaments irritants, etc.) sur la petite dimension de la perforation et sur la formation de granulations sur les bords de la perforation.

Plusieurs des différentes causes énumérées ici ont le même mode d'action : l'insuffisance ou la position défavorable de la perforation, l'éclosion de granulations sur les bords de la perforation, granulations qui contribuent à la rapetisser, ou

même à l'obstruer complètement, les affections inflammatoires du conduit (furonculose), et le manque de propreté sont des facteurs qui agissent tous de la même manière ; ils favorisent la rétention du pus.

Les affections inflammatoires des parois du conduit auditif externe et des cavités nasales peuvent influer sur la marche de l'otite aiguë, en fournissant à l'oreille moyenne, à travers la perforation tympanique et à travers la trompe, des germes infectieux sans cesse renouvelés; d'autre part, l'existence d'affections nasales et pharyngées chroniques s'allie à son tour avec les dyscrasies générales. De sorte qu'en considérant attentivement les faits, on verra que toutes les diverses causes locales de chronicité énoncées par les auteurs peuvent être réduites à trois principales : rétention de la sécrétion, affections inflammatoires des parties voisines (conduit auditif externe et rhino-pharynx), et complications mastoïdiennes.

Bezold, d'abord dans le Traité de Schwartze, et récemment dans une publication spéciale [1] est nettement opposé à la rétention du pus comme cause de chronicité, et il cherche au contraire à établir, d'après ses expériences anatomo-pathologiques et cliniques, une théorie personnelle. Contrairement à l'opinion dominante que la formation de granulations sur la muqueuse de la caisse et autour des bords de la perforation peut causer la chronicité, il regarde cette formation comme caractéristique des formes primitives d'otite et la considère comme un phénomène utile qui favorise la guérison. Il fait remarquer à ce propos que nous voyons journellement la brèche osseuse de la mastoïde consécutive aux interventions opératoires, guérir par la formation de granulations ; que, d'autre part, dans les otites aiguës liées à la tuberculose ou à d'autres maladies infectieuses, en général les granulations de la muqueuse de la caisse et de la membrane du tympan sont ou rares ou absentes. Et c'est justement dans ces dernières conditions que l'otite se prolonge.

Suivant Bezold, la rétention du pus n'est pas cause non plus de la suppuration prolongée, il a observé, et nous pou-

(1) Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1895.

vons pour notre part confirmer pleinement ses observations, que dans les otites primitives, la perforation est toujours petite, située dans un endroit défavorable, c'est-à-dire, ordinairement, sur le segment postéro-supérieur de la membrane, et qu'au contraire, dans les otites infectieuses ou dyscrasiques, la perforation est souvent très large. En raison de ces faits, B. est amené à conclure que ce n'est pas la rétention du pus par elle-même, mais les complications mastoïdiennes qui entretiennent la suppuration.

Puisque l'anatomie pathologique démontre, et que l'observation clinique permet d'autre part de supposer que, dans la majorité, peut-être dans tous les cas d'otite aiguë, les cavités mastoïdiennes participent au processus infectieux, Bezold se demande quelle est la raison pour laquelle, dans la plus grande partie des cas, le pus qui occupe les cavités mastoïdiennes est résorbé et pour quoi l'on obtient ainsi une guérison spontanée et complète ; pourquoi enfin est-ce seulement dans un petit nombre de cas que l'empyème doit être évacué à l'extérieur par une opération ? C'est aussi pour cette raison que B. fait remarquer que l'on ne peut expliquer ces quelques cas par la rétention du pus, parce que les dispositions anatomiques des débouchés des cellules mastoïdiennes dans l'antre et dans la caisse sont des plus défavorables pour le drainage du pus ; il croit, au contraire, que la cause de la non résorption du pus accumulé dans les cavités mastoïdiennes, et par conséquent de la prolongation de l'affection, doit être attribuée à l'existence de cellules particulièrement larges dans l'apophyse mastoïde ; c'est-à-dire qu'une disposition anatomique préexistante explique la persistance de la suppuration au delà du temps que met ordinairement l'otite moyenne aiguë à guérir.

Bien que les idées de Bezold reposent sur des faits certainement exacts et que tout clinicien a souvent occasion d'observer, nous ne croyons pas qu'elles puissent appuyer l'interprétation qu'il en donne. Il est vrai que nous rencontrons souvent des cas d'otite aiguë à marche particulièrement favorable, même avec de très petites perforations tympaniques, mal situées, mais c'est justement *malgré* la rétention du pus que ces cas guérissent. Si nous adoptions le raisonnement de

Bezold nous conclurions aussi que puisque de nombreux cas d'otite purulente guérissent sans traitement et même en dépit de soins irrationnels, nous devrions nous abstenir de toute thérapeutique ! Au contraire, la rétention du pus peut à elle seule causer la durée de l'otite ainsi que nous le démontre clairement une série de cas dans lesquels l'otite purulente, qui remontait à plusieurs semaines et ne cédait à aucun mode de traitement, et même s'accompagnait parfois de mastoïdite commençante, guérissait en un temps extrêmement court par une perforation artificielle tympanique, ou par une opération permettant de draîner facilement le pus à travers le conduit. Bezold, à notre avis, va aussi trop loin quand, parlant de la formation des granulations, il affirme que celle-ci est toujours un phénomène en rapport avec le processus de guérison naturel ; cela est vrai tant qu'elles restent dans des proportions déterminées, mais non lorsque les végétations deviennent exubérantes. Bezold lui-même est obligé de les enlever quelquefois à plusieurs reprises quand elles se forment sur les bords de la perforation. On agit de même avec les granulations exubérantes des plaies mastoïdiennes et de n'importe quelle autre perte de substance qui guérit par seconde intention. Il est vrai que l'absence de réaction locale et le peu ou le manque de développement des granulations proviennent d'infections particulièrement graves de l'oreille moyenne, mais il ne faut pas oublier que nous sommes alors en présence de processus inflammatoires à type nécrosique, où le microorganisme pathogène joue le rôle le plus important. Pour nous, en nous basant sur notre propre expérience clinique, nous pouvons confirmer que dans le plus grand nombre de mastoïdites provenant d'otites aiguës qui ont nécessité l'intervention opératoire, on trouve des cavités d'une dimension exagérée, en grande partie préformées ; mais nous croyons qu'on commet une erreur en voulant établir cette disposition anatomique comme une règle. L'existence des suppurations des cavités annexes (attique, antre mastoïdien) est aussi une cause fréquente de la prolongation de l'otite moyenne aiguë ; dans les mastoïdites aiguës opérées, d'habitude la suppuration de la caisse cesse peu de jours après l'intervention sur la mastoïde,

et c'est une chose merveilleuse de voir avec quelle rapidité disparaissent des granulations étendues de la membrane du tympan qui avaient résisté à tout traitement chirurgical direct.

Enfin, une cause importante de la chronicité de l'otite moyenne aiguë, et des récidives faciles, est la persistance des lésions hypertrophiques et inflammatoires du rhino-pharynx ; que de fois des otites purulentes, non seulement suraiguës mais chroniques, guérissent définitivement après l'ablation de végétations adénoïdes, d'amygdales hypertrophiées, etc.

D'après nos propres observations et l'examen des opinions de divers auteurs, nous croyons pouvoir conclure que les causes locales de la tendance à la chronicité des otites souvent plus que dans la dispersion des microorganismes pathogènes qui l'entretiennent, sont dues aux trois groupes principaux de facteurs qui suivent :

1° Rétention du pus (insuffisance de la perforation, manque de propreté, traitement mal approprié, formation de granulations sur les bords de la perforation, otite externe avec rétrécissement ou occlusion du conduit, etc.).

2° Complications mastoïdiennes (favorisées par le développement exagéré préexistant anatomiquement des cavités contenues dans l'apophyse mastoïde).

3° Existence de lésions inflammatoires, chroniques, du rhino-pharynx et du conduit auditif externe.

A notre avis, il n'est donc pas juste de considérer avec Lermoyez et Helme que la chronicité des otites aiguës soit *toujours* due à la présence du staphylocoque, et même dans une acception plus large à la présence d'espèces déterminées de microorganismes ; même parmi les diverses causes, c'est cette dernière qui aurait pour elle le moins de probabilités. Dans l'unique cas de méningite mortelle qui figure dans la statistique annexée à ce mémoire, sur un total de 96 cas, l'infection était due au seul diplostreptocoque, que Zaufal et d'autres considèrent d'ordinaire comme le microorganisme le plus bénin.

Mais l'argument le plus important contre la signification pathogénique des staphylocoques et surtout contre le mode d'infection artificiel du conduit auditif externe est fourni par

l'existence assez fréquente d'otites moyennes purulentes, au cours desquelles jamais ne se produisit de perforation de la membrane tympanique, et cela malgré qu'elles présentent des symptômes manifestes de chronicité et de gravité, puisqu'elles sont souvent accompagnées de mastoïdites ou de complications intra-crâniennes. Ceci est un avertissement sévère des dangers de l'absence de drainage du pus à travers le conduit auditif externe.

*
* *

Lermoyez et Helme, convaincus que la cause de la chronicité de l'otorrhée est due le plus souvent à l'apport incessamment renouvelé du staphylocoque albus, et que celui-ci peut se rencontrer normalement avec d'autres microorganismes dans le conduit auditif et surtout dans les masses cérumineuses, concluent qu'en général le staphylocoque albus arrive dans la caisse secondairement, tertiairement, etc., à travers la perforation de la membrane du tympan.

Mais il aurait fallu expliquer l'apport incessamment renouvelé qui les a fait songer à instituer des recherches bactériologiques sur la ouate montée sur le porte-ouate pour le nettoyage ordinaire du conduit.

En tout cas, il reste établi pour nous qu'il sort du pus de la perforation de la membrane tympanique, et avec ce pus les microorganismes de la caisse qui se versent dans le conduit, s'ajoutant ainsi à ceux qui s'y trouvaient déjà par hasard ; que l'ouate sert uniquement au nettoyage du conduit, et que non seulement elle ne pénètre pas dans la caisse, mais que souvent elle n'arrive pas jusqu'à la membrane du tympan.

Les auteurs ont donc ensemencé des tubes d'agar avec de l'ouate hydrophile stérilisée, roulée d'abord avec les mains et adaptée au porte-ouate par divers internes des hôpitaux. Ainsi, dans sept expériences, ils ont obtenu des cultures positives ou dominait le staphylocoque albus pyogènes seul ou associé à d'autres espèces moins importantes. On remarque que dans un seul cas les auteurs n'ont pas obtenu de résultat positif,

lorsque le tampon d'ouate avait été roulé et fixé au porte-ouate par un interne d'un service chirurgical qui avait eu les mains en contact avec l'eau phéniquée pendant toute la matinée. Les résultats obtenus signifient que l'ouate *stérilisée* avait été fixée sur le porte-ouate par des mains infectées bactériologiquement parlant, parce que c'est seulement lorsqu'elles étaient parfaitement aseptisées par une désinfection soigneuse, ce qu'il est strictement nécessaire de pratiquer dans un service de chirurgie quelconque, que l'ensemencement de l'ouate ne donna lieu à aucun développement de microorganismes.

Mais ces résultats signifient que le staphylocoque albus (rencontré par eux dans l'ouate roulée par ces mains) qui souvent est l'unique microorganisme trouvé dans le pus de l'otorrhée, peut être mis en évidence dans l'ouate que l'on emploie pour le traitement ordinaire de l'oreille. Et après avoir trouvé ce rapport entre les staphylocoques de la cavité tympanique et ceux de l'ouate, ils concluent que le médecin, à son insu, maintient indéfiniment le foyer infectieux de la caisse par des ensemencements quotidients du conduit.

Afin d'éliminer absolument tout soupçon à imputer à la seule ouate, les auteurs auraient dû faire aseptiquement des ensemencements dans les milieux nutritifs ordinaires de l'ouate employée par eux *sans aucune* manipulation. Mais cela est-il bien nécessaire quand il s'agit d'ouate stérilisée? Il est impossible en ce cas de concevoir des soupçons sur la nature infectieuse de la contagion. Donc l'ouate n'est pas la cause de la souillure du conduit, déjà sali du reste par le pus qui sort de la perforation de la membrane du tympan, mais les mains du chirurgien en sont responsables.

Maintenant les auteurs, dans leurs expériences, ont réussi à mettre extraordinairement en évidence le fait qu'il existe encore, même dans les services hospitaliers, des médecins et des chirurgiens qui, ou n'ont pas la conception d'une antisepsie personnelle rigoureuse dans la médication, ou, s'ils la possèdent, n'ont pas conscience de leur responsabilité devant la science et devant le malade qu'ils doivent entourer de toutes les garanties possibles, même en intervenant dans des foyers

déjà infectés. Il devrait être inutile aujourd'hui de répéter que la rigoureuse antisepsie personnelle doit se pratiquer non seulement quand les mains du chirurgien explorent les cavités plus difficiles et dangereuses, mais aussi dans le traitement des plus légères et superficielles solutions de continuité. Et ceci, qui pourrait sembler exagéré à beaucoup de monde, est imposé par les nombreuses surprises douloureuses que nous réserve la table d'autopsie où l'anatomo-pathologiste a souvent la pénible mission de révéler les fautes des chirurgiens,

Il ne faut pas non plus s'excuser en invoquant la difficulté que peut présenter une nombreuse consultation, parce qu'il est inadmissible que le nombre des malades soit une excuse pour une antisepsie personnelle peu scrupuleuse.

Nous sommes convaincus que tous les otologistes soigneront leurs malades avec des mains et des instruments qu'ils seront absolument certains de savoir complètement asepsiés. Et nous voulons ici parler surtout des otologistes éminents parmi lesquels nous voulons compter Lermoyez et Helme qui ont fait des recherches bactériologiques sur l'affection si commune et souvent si grave qui a nom l'otorrhée.

Mais les auteurs veulent généraliser un peu trop et pour avoir constaté que les internes de l'hôpital de la Charité et ceux de leur clinique privée par hasard n'avaient pas les mains désinfectées, ils ont pensé que la même chose devait arriver partout et toujours, et ils en sont venus à conclure que la chronicité de l'otorrhé due aux staphylocoques, et surtout au pyogène albus, est produite par des ensemencements quotidiens du conduit par les microorganismes eux-mêmes et est l'œuvre du chirurgien, à son insu.

Martha [1] avait aussi entrepris des recherches bactériologiques avec des otoscopes ou simplement séchés, ou trempés dans des solutions antiseptiques et séchés ensuite, ou, sans aucun nettoyage, passés uniquement à la flamme. Excepté dans ce dernier cas, où sur quatre, une seule fois on obtint une culture de prodigiosus, dans tous les autres cas on eut des

[1] Martha. — Des microbes de l'oreille. Bactériologie. Thérapeutique (G. Steinheil, éditeur, Paris, 1892.)

cultures de streptocoques, de staphylocoques, de bacilles pyocyaniques, etc. C'était à prévoir. M. fit d'autres expériences bactériologiques avec de l'ouate non stérilisée préalablement, que les malades eux-mêmes apportaient pour se l'introduire dans l'oreille : contrairement à Lermoyez et Helme, dans tous les cas il trouva seulement diverses sortes de saprogènes. Quelle différence entre les mains des malades ordinaires et celles de certains internes des hôpitaux !

Nous avons voulu aussi faire des essais bactériologiques avec l'ouate que l'on emploie quelquefois en petits tampons pour nettoyer le conduit, et nous avons désiré nous mettre dans les conditions les plus communes à la consultation de la clinique oto-rhinologique de l'hôpital Saint-Jean à Turin.

L'ouate hydrophyle ordinaire, dans une boîte de métal, fut stérilisée à sec à 120° pendant une demi-heure et à plusieurs reprises. On procéda à la manipulation du coton, sans aucune précaution spéciale, mais comme on le fait tous les jours, en laissant la boîte découverte et exposée à l'air pendant le traitement. A mesure que l'on avait besoin de tampons d'ouate pour le nettoyage, on les manipulait avec les mains désinfectées comme à l'ordinaire et, au lieu de s'en servir pour le nettoyage, on les immergeait dans des éprouvettes de bouillon nutritif. Celles-ci étaient maintenues à 3 °/₀ et, au bout d'une à deux heures, on procédait à l'ensemencement sur agar et gélatine pour les cultures isolantes dans des capsules Petri.

Les expériences furent faites en deux séries, et à divers jours. En voici les résultats [1].

SÉRIE I

Expérience	n° 1	. . .	Micrococcus aerogenes.
—	— 2	. . .	Bacillus albus et une levure.
—	— 3	. . .	Micrococcus candicans.
—	— 4	. . .	Une moisissure.

[1] Les recherches furent faites dans le laboratoire de la Clinique royale d'oculistique dirigée par le Prof. Reymond auquel nous offrons nos plus vifs remerciments.

SÉRIE II

Expérience	n° 1	. . .	Bacille polymorphe.
—	— 2	. . .	id. id.
—	— 3	. . .	Il ne se développa rien.
—	— 4	. . .	Une moisissure.
—	— 5	. . .	Micrococcus candicans.
—	— 6	. . .	id. id.

Comme on le voit on n'obtint que le développement de saprophytes que nous croyons dus simplement à ce que nous avons laissé le coton exposé à l'air ambiant dans un endroit où il y a un va et vient continuel de malades et de personnel sanitaire. Toutefois, nous ferons remarquer que dans le service ordinaire on procède avec plus de soin, et qu'on a de plus grands égards pour le coton, mais nous avons voulu nous mettre pour ainsi dire dans les pires conditions, tout en usant de l'antisepsie *personnelle* qui nous est habituelle.

Pendant le dernier hiver nous avons fait usage, pour le traitement des otites moyennes purulentes aiguës, presque exclusivement de la méthode que nous avons récemment proposée (1) ; mais il ne sera pas inopportun d'exposer ici en résumé les principaux résultats obtenus, en les faisant précéder de l'indication de quelques modifications d'une importance secondaire, mais que la pratique nous a suggéré d'y introduire.

D'abord nous avons reconnu que, dans certains cas, à la période d'acmé de la maladie, la quantité de sécrétion de l'oreille moyenne dans les 24 heures peut être si abondante qu'il en

(1) La méthode que nous avons décrite ailleurs en détail, consiste essentiellement en la suppression des lavages répétés, des douches d'air, des agents antiseptiques, même pulvérulents qu'on a l'habitude d'insuffler dans le conduit auditif externe, et nous remplaçons tout cela par un ou au plus deux pansements aseptiques du conduit auditif externe faits avec une bande de gaze stérilisée ou iodoformée introduite avec précaution jusque dans le voisinage de la membrane tympanique, qui draîne le pus ; traitement d'occlusion avec une autre gaze, de l'ouate et des bandes. Traitement doux des lésions rhino-pharyngées.

résulte une insuffisance de drainage, qui devrait être affectué au moyen de gaze introduite dans le conduit. Puisque nous voyons à présent que ce point a une importance capitale dans le traitement de l'otite moyenne purulente, dans ces sortes de cas nous avons renouvelé la médication deux fois en 24 heures ; nous n'avons jamais dû y recourir plus fréquemment.

Bien entendu que dès que la quantité de sécrétion le permettait, le pansement n'était plus changé qu'une fois par jour. Nous nous sommes aussi bien trouvés pour répondre à l'indication de l'asepsie du conduit dans des cas où la sécrétion était abondante et restait adhérente après l'enlèvement de la gaze, de pratiquer avec une grande douceur un lavage avec 300 à 500 grammes de solution stérilisée de sublimé corrosif à 1 pour 10.000 suivie d'un bain d'oreille avec la même solution pendant 10 minutes ; nous avons observé que ce léger lavage était moins irritant que l'enlèvement à sec du pus du conduit, avec du coton ou de la gaze. Contre les douleurs nous avons recouru avec grand avantage à l'élargissement des bords de la perforation vers le bas, suivi de l'application de cataplasmes chauds sur les régions préauriculaires.

Pour pouvoir juger sûrement la valeur de ce mode de traitement il faudrait pouvoir comparer les résultats thérapeutiques que l'on obtient par notre méthode avec ceux des autres, c'est-à-dire noter d'une façon précise pour les divers cas la durée de l'otite aiguë ou du pourcentage des complications. A notre avis, sous le nom de durée de l'otite aiguë on doit comprendre la *période de temps écoulée depuis le début de la douleur d'oreille jusqu'à la cessation complète et définitive de la sécrétion purulente ;* il est certain qu'aussitôt la cessation de la sécrétion, la perforation ne se ferme pas toujours immédiatement et qu'il persiste encore habituellement pendant quelque temps des bruits subjectifs de l'oreille et une diminution de l'acuité auditive ; toutefois, nous croyons pouvoir considérer la période s'étendant entre la cessation de la suppuration et la restitution intégrale de l'audition, période du reste très variable chez les divers sujets, comme une période de convalescence ; nous n'en tiendrons donc pas compte dans nos statistiques.

Malheureusement, les statistiques, pourtant si nombreuses des otologistes, ne nous fournissent aucune indication exacte sur la durée moyenne des otites aiguës suppurées ; dans la majeure partie des comptes-rendus, on ne mentionne même pas les résultats curatifs ; dans un très petit nombre on parle en général de guérisons, d'améliorations, de non-améliorations, sans la moindre allusion à la durée de l'affection. Nous manquons donc de terme de comparaison à opposer à nos chiffres. Les indications que l'on peut trouver dans les traités sont également peu précises.

Kramer (1) parle d'une période de huit jours, mais évidemment cela se rapporte non à la durée de l'otite moyenne mais seulement à la période aiguë du mal.

Toynbee (2) et Roosa (3) ne donnent pas d'indications précises à ce sujet.

Politzer (4) dit que la marche de l'otite non aiguë dépend de diverses causes : dans les formes primitives la durée oscille de 10 à 20 jours, mais il y a des cas dans lesquels la suppuration cesse au bout de 2 ou 3 jours, et d'autres qui se prolongent pendant des semaines et des mois.

Urbantschitsch (5) n'établit pas la durée moyenne de l'affection, il dit seulement que dans les cas favorables on obtient en peu de semaines une guérison complète.

Pour Kirchner (6) la durée d'une otite moyenne purulente aiguë dans des conditions favorables est rarement inférieure à six semaines.

Selon Ferreri (7) dans les formes bénignes d'ordinaire, l'affection ne dure pas plus d'une quinzaine, bien qu'elle puisse se prolonger ; dans les formes légères, plus tôt on ouvre la membrane tympanique, plus tôt l'oreille retrouvera son état normal.

(1) *Statistische Beitraege z. Ohrenheilk.*, Berlin, 1845.
(2) Traduction française, p. 292.
(3) Traité, traduction allemande, p. 161, Berlin, 1889.
(4) *Handbuch*, p. 278, 1887.
(5) *Handbuch*, p. 295, 1890.
(6) *Handbuch*, p. 147, Berlin 1890.
(7) *Trattato*, Vallardi, éditeur, p. 313, Milan, 1893.

Walb (1), au contraire, assigne aux formes bénignes une durée de 4 à 6 semaines, et dit que ces cas doivent être considérés comme favorables.

Haug (2), pour les cas non compliqués, assigne un terme de 3 à 5 semaines : il ajoute pourtant que, grâce à la paracentèse précoce, on peut obtenir la guérison en 5 à 10 jours.

Corradi, dans sa monographie sur l'otite aiguë (3), ne donne pas d'indications à ce propos.

Avoledo (4) au sujet de 50 cas d'otite moyenne aiguë observés par lui comme complications de l'influenza, parle d'une durée moyenne de 20 jours ; il faut remarquer que ce chiffre moyen est atteint, en tenant compte aussi des otites moyennes simples qui ont d'ordinaire une marche moins grave et moins longue que les précédentes.

On remarquera que dans le récent ouvrage de Bezold (5) qui contient, exposées dans une série de tableaux, des statistiques importantes, on ne lit que les derniers résultats obtenus par le traitement des otites moyennes aiguës dans la pratique privée de l'auteur, sans mentionner la durée de la maladie. La proportion des mastoïdites opérées a été de 62 sur 701 cas aigus, c'est-à-dire 9 °/₀. Les chiffres d'Avoledo fournissent une statistique beaucoup plus élevée : sur 45 otites moyennes purulentes aiguës, dans 23 cas se manifestèrent des symptômes de mastoïdite incidente avec douleurs et léger gonflement des parties molles de l'apophyse, et dans 9 cas on dut faire la trépanation (20 °/₀).

Sur le tableau A sont distingués par sexe et par âge les cas d'otite aiguë en général soignés par nous à la section otologique de la Polyclinique générale (du 1er octobre 1894, au 31 mars 1895) et à la consultation de la Clinique oto-rhinologique de l'hôpital Saint-Jean, récemment créée grâce à une

(1) Manuel de SCHWARTZE, p. 224, II.

(2) Die haüfigsten Krankheiten des Gehörorgans bei Influenza (*Münch. med. Wochenschr.*, n° 8, 1890).

(3) Vérone, 1894.

(4) Il *Morgagni*, juin 1890.

(5) Ueberschau ueber d. Gegenstand d. Ohrenh. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1895.

délibération de la Faculté de médecine de Turin ; pour ce dernier service, la période d'observation s'étend seulement du 15 décembre 1894, date de l'ouverture, au 31 mars 1895.

Tableau A.

Age	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage de la totalité des cas
De 0 à 10 ans	25	21	46	27 %
» 11 » 20 »	11	13	24	14 %
» 21 » 30 »	22	12	34	20 %
» 31 » 40 »	11	9	20	12 %
» 41 » 50 »	14	6	20	12 %
» 51 » 60 »	12	3	15	8 %
» 60 » 80 »	6	2	8	5 %
	101	66	167	98

C'est donc un total de 167 cas représenté par 101 hommes (60 %) et 66 femmes (40 %) ; la maladie est surtout fréquente dans la première et la troisième dizaine de la vie, avec un pourcentage de 27 % sur le total des cas, ou de 20 % [1].

Sur les 167 cas d'otite moyenne aiguë, dans 96 (57 %) il y eut une perforation spontanée ou artificielle de la membrane tympanique (53/55 %) chez les hommes, et (43/45 %) chez les femmes ; dans 71 cas (43 %) l'otite suivit son cours sans suppuration externe, 48 hommes (68 %) et 23 femmes (32 %) (Voir le tableau B.)

La proportion du pourcentage entre les cas d'otite moyenne aiguë simple et ceux d'otite moyenne aiguë suppurée est de 48 à 52 chez les hommes, et, de 35 à 65 chez les

(1) La majeure fréquence de l'affection dans la première et la troisième dizaine de la vie n'est pas particulière à l'otite aiguë, mais elle existe aussi pour les maladies d'oreille que l'on soigne dans les consultations externes (Voir à ces sujets, ces *Annales des mal. de l'or.*, 1893).

femmes, la forme suppurative a donc été relativement plus fréquente chez les hommes, chez lesquels, en général, l'otite a présenté plus de gravité. Ceci est probablement en rapport avec le fait que les hommes qui fréquentent la consultation externe doivent continuer souvent leur travail pénible hors de la maison, tandis que les femmes peuvent se soigner mieux.

Tableau B.

OTITES SUPPURÉES

Age	Hommes	Femmes	Total
0-10	16	13	29
11-20	3	7	10
21-30	10	7	17
31-40	3	7	10
41-50	10	6	16
51-60	7	1	8
61-80	4	2	6
	53	43	96

OTITES NON SUPPURÉES.

Age	Hommes	Femmes	Total
0-10	9	8	17
11-20	8	5	13
21-30	12	5	17
31-40	8	2	10
41-50	4	1	5
51-60	5	2	7
61-80	2	—	2
	48	23	71

Ces 96 cas d'otite aiguë suppurée peuvent se grouper dans les catégories suivantes :

	Hommes	Femmes	Total
L'affection fut soignée par la méthode d'occlusion et put être suivie jusqu'à la guérison chez	26	23	49
La suppuration persistait le 1er avril chez	1	1	2
On ne connut pas le résultat du traitement chez	18	17	35
Mort par méningite	1		1
La méthode d'occlusion ne fut pas employée chez	3	1	4
Mastoïdites	4	1	5
	53	43	96

Dans cette statistique nous ne pouvons compter les cas (35) dans lesquels les malades n'ont pas reparu à la consultation, et où, par conséquent, on ne put vérifier la marche ultérieure de la maladie ; il est à présumer qu'ils guérirent ou furent en voie de guérison ; vraisemblablement, quelques-uns recoururent aux soins d'autres médecins, et d'autres, soit par le lieu de leur habitation, soit à cause de leurs occupations durent abandonner le traitement. Un malade qui figure dans le groupe mastoïdien de la statistique vint une fois à la clinique pour une otite aiguë, et se représenta seulement deux mois après, atteint de mastoïdite et d'un vaste abcès sous-périostique.

Sur les 5 opérés de mastoïdite, un seul fut soigné régulièrement depuis le début de l'otite ; les autres arrivèrent 12 à 15 jours après le commencement de l'otite, porteurs de mastoïdites commençantes que ni les larges paracentèses du tympan ni les autres moyens thérapeutiques ne purent conjurer. Au contraire, le traitement rationnel fit avorter quelques mastoïdites au début qui s'étaient présentées dans des conditions analogues (1).

(1) Ne figurent pas dans notre statistique les nombreux cas de mastoïdite confirmée qui se présentèrent comme tels à la première visite et exigèrent une intervention opératoire d'urgence.

L'unique cas de mort, qui, par l'intérêt qu'il offre, fera l'objet d'une publication spéciale de l'un de nous, concerne un individu de 44 ans, tourneur en métaux, qui vint le sixième jour d'une otite aiguë gauche, et suivit pendant environ deux mois régulièrement le traitement d'occlusion, refusant à deux reprises l'intervention opératoire que nous lui proposions en raison de la longue durée de la suppuration, et voulant continuer son dur labeur malgré nos avertissements ; au cours de sa longue maladie il n'eut ni douleurs intenses, ni symptômes particulièrement graves et il se rendait seul à notre consultation jusqu'à la veille de l'éclosion d'une méningite foudroyante qui le conduisit au tombeau en moins de 24 heures ; l'infection causée par le diplostreptocoque s'était étendue au sinus latéral non thrombosé et aux méninges, par des érosions de la paroi interne de l'apophyse correspondant au sillon sigmoïdal.

Les complications mastoïdiennes et endo-crâniennes figurent donc dans notre statistique dans la proportion de 6 sur 96 otites aiguës observées (6,2 %), proportion assez faible comparativement à celles d'Avoledo et même de Bezold. Mais les cas qui nous fournissent les indications les plus précises sur l'efficacité de la méthode rationnelle de traitement des otites, sont ceux dans lesquels la maladie pu être suivie jour par jour jusqu'à la guérison. Ils sont au nombre de 49, distribués suivant l'âge des sujets :

Tableau C.

De	0	à	10 ans	14, durée moyenne	10 jours	(de	3 à 24	jours)
»	11	»	20 »	8, »	10 »	(de	2 à 18	»)
»	21	»	30 »	8, »	15 »	(»	4 à 40	»)
»	31	»	40 »	5, »	12 »	(»	8 à 17	»)
»	41	»	50 »	8, »	13 »	(»	8 à 18	»)
»	51	»	60 »	4, »	18 »	(»	9 à 25	»)
»	61	»	80 »	2, »	23 »	(»	17 à 30	»)
				49	Moyenne générale 14.			

Par ces chiffres, on obtient donc une durée moyenne générale de l'otite de quatorze jours, et on voit clairement comment, par les progrès de l'âge, cette durée se prolonge (de 10 à 23 jours.) L'examen des cas ordinaires, nous montre que sur 49, 11 guérirent pendant la première semaine (1 en 2 jours, 2 en 3, 4 en 4, 2 en 6, 2 en 7 jours), 18 pendant la seconde semaine (3 en 8 jours, 4 en 9, 2 en 10, 2 en 11, 2 en 12, 2 en 13, 2 en 14); 14 pendant la troisième semaine (2 en 15, 2 en 16, 2 en 17, 3 en 18, 1 en 19, 1 en 20 jours), et seulement 6 pendant la quatrième et la cinquième semaine (1 en 22, 1 en 24, 2 en 25, 1 en 3 et 1 en 40 jours.)

Ces résultats ont d'autant plus de valeur qu'il ne s'agissait pas d'otites aiguës avortées ou légères qu'un praticien peut observer au cours de l'influenza dans sa clientèle, mais d'affections qui présentaient ordinairement une certaine gravité et pour lesquelles les malades s'adressaient dès le début aux spécialistes.

Le traitement que nous proposons, et qui nous a donné dans la pratique les résultats si favorables énoncés ci-dessus, a de plus le grand avantage d'être plus agréable pour le malade lui-même, plus commode pour son entourage, que les lavages, fréquents et répétés, presque toujours inefficaces et souvent dangereux, et qui, par l'irritation qu'ils causent, provoquent assez souvent des furoncles ou des otites externes diffuses.

Nous n'avons jamais eu à déplorer cette complication désagréable et souvent périlleuse de l'otite externe, qu'au contraire d'autres auteurs semblent avoir rencontrée fréquemment.

CONCLUSIONS

Par la méthode de traitement rationnel que nous avons adoptée et par l'ensemble de nos observations nous avons acquis la conviction qu'*en général*, les infections primitives et secondaires de l'oreille moyenne sont d'origine naso-pharyngienne, et que *très rarement* les infections secondaires

proviennent du conduit à travers la membrane tympanique perforée. Nous faisons surtout allusion au cas de traitement par la ouate ; car si nous voulions tenir compte des lavages, toujours dangereux, nous n'aurions pas besoins d'incriminer les mains du chirurgien pour expliquer une infection secondaire. Mais si le processus infectieux se déroule naturellement, il est impossible d'admettre que les microorganismes du conduit, comme il s'en rencontre ici, le plus souvent mélangés au cérumen ou au pus condensé, remontent le courant descendant du pus à travers la perforation tympanique pour pénétrer dans la cavité du tympan, tandis qu'il est plus simple et plus facile de comprendre que les courants lymphatiques superficiels, l'issue des liquides et les mouvements incoordonés de la trompe favorisent l'arrivée dans la caisse de nouveaux germes beaucoup plus nombreux, surtout s'il existe d'autres altérations rhino-pharyngiennes.

Et nous ne modifierons notre opininion, partagée par la très grande majorité des otologistes, que lorsque des recherches positives nous démontreront : 1° l'absence du staphylococcus pyogenes albus du pus de la cavité tympanique, du nez et de la trompe ; 2° sa présence dans le coton préparé pour le traitement ; 3° son apparition dans le pus de l'oreille moyenne à la suite du traitement.

IV

A PROPOS DU ROLE DES STAPHYLOCOQUES DANS L'OTORRHÉE

Par les Drs **M. LERMOYEZ** et **F. HELME**

Le mémoire sur « Les staphylocoques et l'otorrhée » que nous avons publié il y a quelques mois dans ce journal, ne pouvait espérer un plus grand honneur que la critique si documentée que veulent bien lui accorder Pes et Gradenigo ; et, certainement, les lecteurs des *Annales* nous sauront gré d'avoir ainsi contribué, quoique non intentionnellement, à leur donner un nouveau travail du savant professeur de Turin. Cela seul nous justifierait d'avoir écrit ce mémoire. Peut-être aurions-nous désiré y voir un peu plus accentuer cette note courtoise à laquelle nous ont de longue date habitués les discussions entre spécialistes, et que, pour notre part, nous n'aurions garde d'oublier en ce moment. Aussi, ne suivrons-nous pas nos contradicteurs dans leur dissertation sur les mérites comparatifs de la propreté française et italienne : c'est là, ce nous semble, un point d'ethnographie définitivement fixé, sur lequel nos expériences n'ont aucun éclaircissement nouveau à apporter. Mais nous ne saurions accepter sans réserves, la conclusion majeure que Pes et Gradenigo tirent de notre mémoire : que les internes des hôpitaux de Paris, et en particulier ceux de la Charité, ont les mains beaucoup plus sales que celles de leurs malades. Ce n'a pas été du moins notre intention de le démontrer en publiant ce travail. Nous nous efforcerons donc de maintenir la discussion sur le terrain purement scientifique, et nous nous contenterons d'essayer de répondre à quelques-unes des objections les plus sérieuses que nous opposent nos savants contradicteurs.

A. — Dès le commencement de leur article, Pes et Gradenigo, qui affectent de croire que nous nions absolument l'existence de l'otite aiguë staphylococcique primitive, veulent nous convaincre de sa grande fréquence et la prouvent immédiatement (page 19) en nous citant au moins dix cas de ce genre, qui ont été recueillis en l'espace de sept ans parmi toutes les otites aiguës bactériologiquement observées en France, en Allemagne et en Italie : chiffre que l'on avouera un peu maigre. Mais le staphylocoque doit nous trouver plus généreux à son égard que Pes et Gradenigo, puisque nous avons admis que 32 fois sur 100 les otites aiguës purulentes renferment d'emblée ce microbe. Toutefois, là n'est pas la question : le point important, capital, que nous avons voulu mettre en évidence, c'est la *fréquence croissante du staphylocoque à mesure que vieillit l'otorrhée* (staphylocoque jaune ou blanc, cela importe peu, puisqu'en réalité rien ne démontre la non-identité de ces deux microorganismes), fréquence qui de 32 % au début monte à 54 % au bout d'un mois, pour atteindre 92 % après quelques années. Et, pour affirmer cette progression, nous nous sommes appuyés, non sur nos recherches personnelles qui eussent été forcément trop restreintes pour entraîner la conviction, mais sur la plus complète statistique bactériologique des otites aiguës qui ait paru avant la publication de notre travail : cette statistique, Gradenigo ne peut être censé l'ignorer, car, c'est lui qui en est l'auteur : et s'il nous contredit sur ce point, force lui est de se contredire aussi, puisqu'en cela nous nous sommes abrités derrière son autorité que nul n'est disposé à contester, sauf lui-même.

B. — Plus loin, Pes et Gradenigo nous reprochent d'avoir voulu établir au profit du staphylocoque un monopole, en lui ouvrant vers la caisse une porte réservée dont nous refusons le passage aux autres microbes. C'est là un procès de tendance dans lequel nous n'aurons qu'à répéter l'argumentation que nous avons développée dans notre mémoire antérieur. Les faits cliniques imposent eux-mêmes leur conclusion. Voici, nous supposons, une oreille moyenne infectée depuis plusieurs jours par le pneumocoque ; par la trompe, elle communique à

tout instant avec la cavité naso-pharyngienne où se trouvent, parmi d'autres microbes, des staphylocoques atténués par les défenses bactéricides et phagocytaires accumulées en ces régions; par le tympan, elle est séparée du conduit auditif où fourmillent des staphylocoques, dont aucun travail physiologique n'a produit l'atténuation, et que les instruments et objets de pansement y ont apportés en masse. Brusquement, la barrière tympanique s'ouvre : les staphylocoques entrent alors dans la caisse, et paraissent en abondance dans le pus. Par où est-il rationnel d'admettre qu'ils soient entrés? Par la trompe ou par la perforation tympanique?

C. — Nous ne saurions non plus ne pas répondre à Pes et à Gradenigo quand ils nous accusent (page 22) d'attribuer l'infection staphylococcique tardive de la caisse à des infections secondaires, « sans que cela soit démontré par aucune recherche « positive. » « Pour nous, disent-ils, il est *inadmissible* que la « présence du staphylocoque soit due à des infections secon« daires par le conduit auditif externe. » Que cette infection secondaire soit inadmissible pour Pes et Gradenigo, c'est là une fin de non-recevoir toute gratuite, que nous sommes en droit de désirer voir appuyer par des recherches non moins positives que celles qu'on nous réclame. D'ailleurs, si Pes et Gradenigo déclarent inadmissibles les infections secondaires au cours de l'otorrhée, Zaufal ([1]), au contraire, considère comme démontré que les infections secondaires sont les causes de la chronicité de l'otorrhée, et si des deux opinions opposées, que nous voulons bien tenir comme provenant de sources également autorisées, nous adoptons la seconde, c'est qu'elle a justement pour elle l'appoint de ces recherches positives tant désirées.

Or, ces preuves positives, que nous demandent Pes et Gradenigo pour démontrer l'infection secondaire staphylococcique de l'otite aiguë, la substitution tardive, si l'on veut, du staphylocoque aux microbes pathogènes de la première heure,

([1]) ZAUFAL. — Zur Behandlung des acuten Mittelohrcatarrh. *Prager med. Wochensch.*, 1890, nos 4 et 6.

très charitablement ce sont les auteurs italiens eux-mêmes qui nous les fournissent dans leur travail, en nous évitant de fastidieuses recherches bibliographiques : et ils rapportent sept cas des plus nets de cette substitution microbienne, une page après celle où presque ils la niaient. C'est Netter, c'est Zaufal, c'est encore Bordoni et Gradenigo, c'est même Pes et Gradenigo (page 23) qui nous fournissent notre meilleure réponse. Sept observations pour prouver le staphylococcie secondaire de l'oreille, ce n'est pas beaucoup, à la vérité, nous font remarquer ces auteurs ; mais tout à l'heure, dix observations leur semblaient suffisantes pour prouver la staphylococcie primitive de la caisse du tympan. Or, nous ferons remarquer que les premières observations ont, par leur nombre même, plus de poids que les secondes, aux yeux de la statistique ; car s'il est fréquent qu'on ait l'occasion de faire une fois l'examen du pus d'une otite aiguë, il est beaucoup plus rare qu'on s'attache à répéter cet examen plusieurs fois, au cours d'une même otite.

D'ailleurs, comment nier les infections secondaires en l'espèce ? Il est démontré, Gradenigo a démontré que l'otite moyenne purulente aiguë est staphylococcique 1 fois sur 3 à son début ; que, plus tard, elle l'est 9 fois sur 10. Conclusion : dans près de deux tiers des cas ($9/10 - 1/3 = 17/30$), le staphylocoque a paru tardivement dans la caisse. C'est bien là, si nous ne nous abusons, une infection secondaire, ou du moins, c'est dans ce sens qu'on nous a appris à comprendre ce terme. Si, malgré cela, Pes et Gradenigo nient ici le rôle de l'infection secondaire, il ne leur reste plus qu'à admettre la génération spontanée des staphylocoques.

Cette substitution microbienne n'a, du reste, rien d'anormal, rien de spécial à l'oreille. Nous la retrouvons en d'autres points de l'économie. Au cours de la pneumonie, parfois le pneumocoque disparaît et est remplacé par le streptocoque, sans aucune apparence de complication clinique.

D. — Page 29, Pes et Gradenigo nous font un sérieux reproche d'avoir dit que la chronicité des otites suppurées est *toujours* due au staphylocoque, « à son apport tardif et inces-

samment renouvelé. » Avons-nous donc écrit cela? en ce cas, nous avouons que l'expression a dépassé notre pensée. Ou bien encore, entraînés par l'ardeur de leur argumentation, nos savants contradicteurs n'auraient-ils pas quelque peu étendu nos conclusions pour les réfuter avec plus d'aisance? Mais alors, nous aurions trouvé la pierre philosophale de l'otologie ; un antiseptique quelconque pour tuer les staphylocoques qui sont dans le conduit, et voilà l'otorrhée disparue à tout jamais ; et rayé pour toujours tout un chapitre de l'otiatrique, celui qui fait verser le plus d'encre et de sang, le traitement chirurgical de l'otorrhée. Nous récusons un tel mérite ; nous nous contentons d'avoir voulu faire faire un pas à cette question de la chronicité de l'otorrhée, sur le chemin encore long qu'elle a devant elle à parcourir avant de rencontrer sa solution.

Au reste, continuent Pes et Gradenigo, il n'est pas besoin de faire intervenir le staphylocoque pour expliquer le passage à la chronicité de l'otite. Trois causes anatomiques principales leur suffisent à l'expliquer : rétention des sécrétions, affections inflammatoires des parties voisines, complications mastoïdiennes. Qu'on nous permettre à cela de répondre deux choses :

1° Il n'y a rien de démontré dans ces prétendues causes anatomiques de la chronicité des otites. Incriminera-t-on la rétention du pus? Gradenigo la redoute bien, mais Bezold la tient pour inoffensive. Accusera-t-on la formation de granulations sur la muqueuse? Très à craindre, en effet, dit Politzer : sans conséquence, riposte Bezold. Invoquera-t-on l'existence de cellules mastoïdiennes très larges, qui favorisent l'extension du processus otitique? Mais c'est là une pure hypothèse de Bezold.

2° Et d'ailleurs, ces causes anatomiques de la chronicité, nous ne prétendons ni les nier, ni les affirmer : mais au-delà de la lésion cellulaire, il y a le microbe qui la crée, et en demandant à la bactériologie une des causes, et non pas toute la cause de l'otorrhée, nous avons tâché de serrer de plus près le problème tant de fois posé, jamais résolu. Au moins, cette conception étiologique ainsi élargie a-t-elle l'avantage d'entraîner un corollaire pratique, ce qui n'est pas sans va-

leur en otologie où le remède suit de si loin le diagnostic. Car, si, pour une part, le passage à la chronicité des otites purulentes est du aux infections staphylococciques venues du conduit, il est aisé de nous y opposer en faisant l'antisepsie scrupuleuse de l'oreille externe et de tout ce qui y touche. Tandis qu'en nous bornant à attribuer la durée de l'otorrhée à des modifications plus ou moins hypothétiques du terrain, ou à des anomalies d'architecture de la mastoïde, nous nous condamnerions à une inertie thérapeutique funeste aux malades. A nos yeux, le seul mérite de notre théorie, est de confirmer cette conclusion pratique : la nécessité absolue de l'asepsie précoce du conduit dans toute otite : et, précisément, c'est sur le même principe que Pes et Gradenigo basent leur traitement rationnel des otites. Alors, pourquoi leur argumentation ?

E. — Nous acceptons difficilement, comme preuve invoquée par Pes et Gradenigo contre l'influence de la non-asepsie du conduit auditif sur la marche de l'otite, la présence assez fréquente d'otites moyennes purulentes chroniques sans perforation de la membrane ; sa fréquence ne nous paraît pas telle que ce mode d'évolution de l'otite échappe à la loi qui régit les exceptions, et leur ôte toute valeur infirmative des grandes règles pathogéniques. Mais ce que nous ne pouvons aucunement admettre, c'est que l'ouate sale, servant aux pansements, ne puisse surinfecter l'oreille moyenne parce que « non seule- « ment elle ne pénètre pas dans la caisse, mais que souvent « elle n'arrive pas jusqu'à la membrane du tympan » (page 30). Et Pes et Gradenigo semblent faire grand cas de cet argument, car, dans leurs conclusions (page 43), ils y reviennent, disant qu'il est « impossible que les micro-organismes du « conduit remontent le courant descendant du pus à travers la « perforation tympanique, pour pénétrer dans la cavité tym- « panique. » Mais cela est en opposition avec les enseignements élémentaires de la pathogénie microbienne ; c'est vouloir nier toutes les infections canaliculaires ascendantes que les travaux de chaque jour affirment davantage ; c'est retrancher de la pathologie les affections hépatiques à point de départ intestinal, c'est supprimer tout le groupe des néphrites ascendantes, créées

par des microbes qui ont dû remonter le courant des urétères, autrement rapide que le lac de pus qui stagne dans l'oreille externe. Cette manière qu'ont les deux auteurs italiens de concevoir la marche des infections microbiennes pour la plier aux besoins de leur cause est nouvelle, mais nullement convaincante. Si l'ouate septique limite son action infectante aux seuls points qu'elle touche ; si le microbe ne peut étendre son action au-delà du lieu où il a été déposé, bien évidemment ce qui est vrai pour l'oreille, doit l'être aussi pour les autres organes. Or, nous n'avons jamais ouï dire que pour que les ovaires d'une femme fussent atteints de blennorrhagie, il était nécessaire que les rapports sexuels eussent porté jusque-là.

F. — Mais, que vraiment cette querelle de surface a peu d'importance, puisqu'au fond nous sommes absolument d'accord avec Pes et Gradenigo sur la nécessité de l'asepsie dans les pansements otologiques, ce qui est la cause finale de nos recherches ! et que, tout comme eux, nous attribuons une grosse part de responsabilité aux infections apportées par les mains du médecin. Nos travaux, par des voies différentes, il est vrai, tendent au même but que ceux de l'Ecole de Turin ; notre idéal est le même : seule, la façon d'en comprendre la réalisation diffère.

Pes et Gradenigo nous disent que le devoir du médecin est de prendre les mêmes précautions d'antisepsie et d'asepsie dans les moindres pansements otologiques que s'il avait « à aborder les cavités les plus difficiles et les plus dangereuses » : autrement dit, mêmes soins préalables pour l'extraction d'un bouchon de cérumen que pour une hystérectomie totale. Théoriquement, rien de plus vrai ; pratiquement, c'est tout simplement irréalisable. Trop exiger, c'est risquer de ne rien obtenir.

Que l'affluence des malades, ne soit pas une excuse à la malpropreté, nous le confessons : que le temps ne fasse rien à l'affaire, nous le savons : Alceste l'avait dit avant Gradenigo. Mais, ici il y a plus : on se heurte à une impossibilité matérielle. Nous nous sommes d'ailleurs longuement expliqué sur

ce point dans un précédent travail [1]. Si pour pratiquer un examen d'oreilles il faut s'entourer des mêmes précautions que pour faire un évidement du rocher ; agir en tenue d'opération, bras nus, mains stérilisées ; mettre naturellement le malade en situation parallèle : savonner et laver l'oreille et son pourtour, peut-être même couper les cheveux trop longs, à la rigueur ce serait encore possible, bien qu'un cabinet de consultation aussi modèle risquerait fort d'être déserté. Mais à chaque instant le malade se déplace ; il faut modifier l'inclinaison du miroir frontal, ramener la tête qui s'en va... Comment, dans ce cas, respecter les règles de l'asepsie chirurgicale à moins de tout stériliser en bloc? Évidemment, une pareille technique est impossible à appliquer : et c'est pour cela qu'elle reste encore actuellement dans le domaine de la théorie. Nous regrettons de ne pas avoir encore eu la bonne chance de visiter la célèbre clinique otologique de Turin, et par conséquent nous nous défendons de vouloir le moins du monde préjuger ce qui s'y fait : mais nous avons parcouru la plupart des services otologiques d'Autriche et d'Allemagne, et nulle part nous n'avons vu chez des maîtres, tels que Politzer, Urbantschitsch, Zaufal, Schwartze, apporter aux examens et aux pansements de chaque jour ces précautions idéales que conseillent Pes et Gradenigo. Et en cela ils ont raison : ils n'obtiendraient ainsi qu'une asepsie de façade, très dangereuse à notre avis, car elle donnerait une fausse sécurité.

En pratique, mieux vaut de petits moyens que de grands principes. Comme nous sommes convaincus à la fois de la nécessité et de la difficulté de l'asepsie otologique, nous avons cherché à la simplifier, à la mettre à la portée de tous, gens pressés ou non : et c'est ainsi que nous avons été conduits à emprunter aux bactériologistes leurs procédés si simples et si sûrs, et à imaginer la méthode de flambage à l'alcool boriqué pour la stérilisation extemporanée des porte-coton. Et ce procédé nous semble à l'abri de tout reproche puisque les cultures

[1] M. Lermoyez et F. Helme. — De l'asepsie en otologie, rhinologie et laryngologie. *Annales des mal. de l'or. du lar.* Vol. XXI, 1e partie, juin 1895.

d'épreuves nous ont montré qu'il stérilise à coup sûr le coton porteur de staphylocoques, même quand il a été roulé par des internes aux mains sales.

Quant aux contre-expériences de Pes et Gradenigo, qui montrent seulement que le coton de Turin n'est pas staphylococcifère, elles n'infirment en rien les nôtres : une expérience négative n'ébranle pas les résultats d'une expérience positive. Elles nous apprennent seulement que des mains aseptiques ne portent pas les microbes pyogènes qui habitent des mains non désinfectées, ce que les travaux de Pes et Gradenigo n'ont pas été les premiers à mettre en lumière.

Du reste, puisqu'en fin de compte il faut laisser la parole aux faits, il nous semble que ces expériences plaident singulièrement en faveur de notre méthode de stérilisation du coton par le flambage à l'alcool boriqué. La comparaison entre notre pratique et celle des otologistes de Turin est facile à établir.

En deux séries d'expériences, nous avons ensemencé une dizaine de tubes de gélose avec des tampons d'ouate stérilisés d'après notre méthode ; or, sur tous ces ensemencements, *un seul donna une culture*, d'une espèce d'ailleurs non pathogène.

En deux séries d'expériences, Pes et Gradenigo ont ensemencé dix tubes de gélose avec des fragments d'ouate prélevée dans les conditions « d'antisepsie personnelle qui leur est habituelle » (page 33) ; or, sur tous ces ensemencements *un seul ne donna pas de culture*, le troisième de la deuxième série.

De ces deux modes d'antisepsie otologique, le premier terre à terre, le deuxième idéal, quel est donc le meilleur ?... Et vraiment les auteurs italiens ne sauraient arguer que leurs cultures n'ont donné que des colonies saprogènes : car, nous savons quelle recrudescence de virulence donne à un microbe pyogène, déjà affaibli, la symbyose d'un microorganisme non pathogène, qui vient s'associer à lui : la démonstration de ce fait est depuis longtemps acquise.

Franchement, nous sommes plus exigeants sur le chapitre de l'asepsie que Pes et Gradenigo ; car, sans chercher à nous dis-

culper du reproche de ne pas nous soucier dans nos manipulations de notre responsabilité vis-à-vis de nos malades, nous avouons que nous serions peu enclins à réclamer et à prôner comme personnelle une méthode d'asepsie qui, après désinfection, laisserait subsister sur les mains de nos assistants le micrococcus aerogenes, le bacillus albus, le micrococcus candicans, des bacilles polytmorphes et des moisissures (page 33), presque toute une flore bactérienne.

G. — Un mot pour conclure.

Le remarquable travail de Pes et Gradenigo, dont à regret nous n'acceptons pas toutes les conclusions, ne nous semble avoir eu d'autre but que de rompre une lance en faveur du nouveau traitement dit rationnel de l'otite, antérieurement imaginé par ces auteurs. Or, dans notre premier mémoire, nous n'avons eu aucunement, en instituant nos expériences, l'intention de contrôler cette méthode ni pour l'attaquer ni pour la défendre, pour cette raison qu'à l'heure actuelle nous n'en avons encore qu'une expérience beaucoup trop récente. Que si Pes et Gradenigo croient avoir en nous des adversaires de leur traitement rationnel, nous sommes heureux de pouvoir leur en donner l'assurance contraire.

Mais, malgré l'argumentation qu'ils nous opposent, nous croyons devoir maintenir fermes les conclusions de notre premier mémoire sur « Les staphylocoques et l'otorrhée » qui d'ailleurs nous paraissent plaider en faveur de la méthode de Pes et Gradenigo beaucoup plus qu'ils ne le pensent eux-mêmes.

Et de nouveau, nous concluons :

1° Que les staphylocoques pyogènes, assez rares au début des otites suppurées, deviennent d'une fréquence extrême à mesure que l'otorrhée vieillit, au point de se rencontrer 92 fois sur 100 dans le pus de vieilles otites, le plus souvent isolées (V. Maggiora et Gradenigo) ;

2° Que leur apport tardif est le résultat d'une infection secondaire, expérimentalement démontrée (V. Netter, Zaufal, Bordoni et Gradenigo, Pes et Gradenigo) ;

3° Qu'aucune expérience — et sur ce point nous sommes en

droit d'exiger des recherches contradictoires — ne prouve qu'ils ne viennent pas du conduit auditif ; qu'au contraire, les faits cliniques et expérimentaux tendent à démontrer leur arrivée tardive par cette voie ;

4° Qu'on trouve presque constamment les staphylocoques pyogènes sur les porte-coton préparés dans les conditions usuelles, excepté à Turin :

5° Et que la stérilisation extemporanée par le flambage à l'alcool boriqué est le procédé le plus simple, sinon le plus transcendant, pour mettre l'oreille à l'abri de cette invasion secondaire ; et que, jointe aux autres précautions que nous avons déjà indiquées ailleurs, elle tend à prévenir dans une certaine mesure le passage de l'otite purulente à la chronicité.

V

NOTE SUR QUELQUES INSTRUMENTS NOUVEAUX

Par le Dr VACHER, (d'Orléans).

J'ai fait construire, il y a deux ans, et l'année dernière, plusieurs instruments qui me paraissent réaliser quelques avantages dans la pratique courante des maladies du nez, de la gorge et des oreilles, et c'est à ce titre que je me permets de les présenter aux lecteurs nombreux des *Annales*.

Végétations adénoïdes. — Manche porte curettes à genouillière. On introduit dans la genouillière des curettes de toutes formes et de toutes dimensions et on les fixe dans n'importe quelle position au moyen d'une vis très solide.

Son emploi simplifie l'instrumentation, sa manœuvre est excessivement facile et, dans beaucoup de cas, j'ai pu me rendre compte qu'en permettant de varier l'inclinaison des couteaux ou des curettes il facilitait le curage du cavum.

Polypes du nez. — L'emploi du serre-nœuds n'est pas encore très généralisé: seuls les spécialistes le manient avec sûreté. Les chirurgiens sont nombreux qui se servent encore de la pince de Duplay, beaucoup trop massive, et qui ne peut pénétrer lorsqu'il existe une légère déviation de la cloison.

J'ai fait construire une pince très fine, munie de mors et de rainures, coudée sur une longueur suffisante, avec laquelle on pénètre facilement dans les fosses nasales sans crainte de blesser la muqueuse.

Je l'emploie depuis plus d'un an et je puis dire que, depuis cette époque, je me sers moins souvent du serre-nœuds, qu'elle remplace avec avantage dans le plus grand nombre des cas.

Speculum auris et *speculum nasi.* — En présence du nombre de petits instruments de ce genre il y a quelque témérité à parler d'un nouveau modèle. Ceux que j'ai fait construire sont à deux valves et ont l'avantage lorsqu'ils sont en place, et ouverts,



Fig. 1.
Manche porte curettes à genouillière.

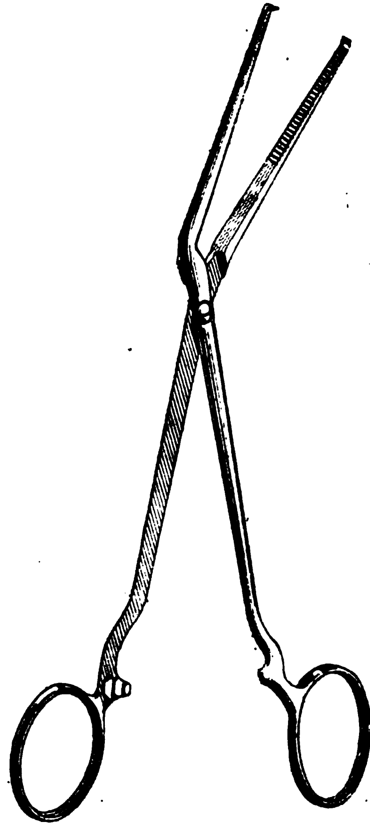


Fig. 2.
Pince à polypes du nez.

de protéger les 3/4 des fosses nasales ou du conduit auditif. Je les emploie toujours lorsque j'opère au galvano-cautère

ou à l'anse chaude : les parties voisines du champ opératoire ne peuvent être brûlées. Une vis de pression écarte ou rapproche les valves qui sont articulées suivant une de leurs arêtes. On peut, lorsqu'ils sont en place, les faire tourner sur leur axe et examiner successivement toutes les parois du conduit ou de la fosse nasale.

Abaisse-langue à rebord pour le curage du cavum. — Il arrive fréquemment, lorsqu'on enlève les végétations adénoïdes du pharynx, qu'elles tombent dans le fond de la gorge et sont avalées. Plusieurs fois même des végétations sont tombées dans le larynx, la trachée, provoquant de redoutables accidents.



Fig. 3.
Speculum nasi.

Pour éviter cet inconvénient sérieux, j'ai eu l'idée de faire construire un abaisse-langue à rebord qui se porte contre la paroi pharyngienne postérieure et inférieure, pendant l'enlèvement des masses adénoïdes. Ces masses tombent dans sa partie cupulaire et ne peuvent s'introduire dans le larynx complètement protégé.

Je voudrais appeler aussi l'attention sur ma *canule rétro-nasale* qui permet, sans danger pour l'oreille moyenne, de laver rapidement et à grande eau tout le pharynx supérieur. Elle se fait en cristal ou en argent et s'introduit derrière le voile du palais. Le jet peut être dirigé dans l'une ou l'autre narine. Dans l'ozène, son usage est mieux supporté que celui de la canule de Weber par ce que le liquide projeté horizontalement d'arrière en avant sort facilement par la narine et n'envahit pas les sinus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ NÉERLANDAISE DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

2e Réunion annuelle. Amsterdam, 1894 (1).

Sont réélus : *président*, le Prof. Guye ; *trésorier*, le Prof. Doyer ; *secrétaire*, le Dr Bürger.

1. A. A. G. Guye (Amsterdam). — **Un cas de crête de la cloison.** — J'ai soigné le malade que je vous présente, M. X. âgé de 18 ans, à plusieurs reprises depuis 1883 pour une otite moyenne, une hypertrophie tonsillaire et des végétations adénoïdes. Après l'avoir perdu de vue pendant 6 ans, il revint me trouver en 1892 parce que sa narine gauche était obstruée. Je trouvai une forte crête du septum qui n'existait pas auparavant et dont j'attribuai la formation avec la plus grande vraisemblance à un coup qu'il avait reçu sur le nez avec une boule de croquet l'année précédente. L'hypertrophie s'était également propagée au cornet inférieur. J'enlevai la saillie le 15 juillet 1892 au moyen de la scie et du ciseau, puis ensuite j'introduisis dans le nez un tube de caoutchouc épais d'abord de 6 millim.2/3 et plus tard de 5 millim. Le malade guérit le 13 août. Six mois après, le 12 janvier 1893, il revint porteur d'une saillie de la cloison de la fosse nasale gauche qui était presque totalement obstruée. Je l'enlevai et la traitai comme la précédente ; mais au bout de trois mois la narine se trouva de nouveau obstruée, et je me décidai à dilater systématiquement la cloison par des tubes en caoutchouc suivant la méthode orthopédique. J'introduisis de petits tubes de 6, 8, 10 et 12 millim. d'épaisseur que je retirai seulement pendant 1 à 2 heures par jour et laissai séjourner le reste du temps comme tampons. Aujourd'hui depuis six mois, le malade ne conserve le tube épais de 11 millimètres et long de 10 centimètres que durant une à deux heures pour empêcher un nouveau rétrécis-

(1) D'après le compte rendu du Dr Bürger (*Monatschrift für Ohrenheilk.*, février et mars 1895).

sement nasal. Les maux de tête et l'aprosexie qui avaient toujours accompagné l'occlusion nasale ont complètement disparu.

Il y a ici trois points intéressants : 1° l'origine traumatique de l'affection, qui, à mon avis, est indéniable dans ce cas, car ayant souvent examiné le nez du malade avant l'accident, je n'y avais pas vu de crête ; 2° la tendance à la récidive, parce que le septum, après que le traumatisme lui eut fait perdre son équilibre, se creusait toujours du côté malade ; 3° le bon résultat du traitement orthopédique que je poursuivrai jusqu'à ce que le malade ait terminé sa croissance. Je me sers de canules longues de 8 à 10 centimètres afin qu'elles touchent la paroi postérieure du pharynx. Quand les tubes incommodent le malade je les ramène un peu en avant. Lorsque les canules sont trop courtes elles glissent facilement en arrière, de sorte qu'on a du mal à les retirer.

2. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam). — **Deux cas de carcinôme pharyngien.** — Dans ces deux cas il existe une différence extraordinaire entre le peu de souffrance et la gravité de l'affection. Le premier malade, âgé de 34 ans, est atteint depuis 6 mois d'une obstruction nasale du côté droit, depuis six semaines il porte une tuméfaction dure à la partie droite du cou. Je trouvai dans le naso-pharynx une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, qui tenait étroitement à la paroi latérale droite et à la voûte pharyngée, se prolongeait à gauche de la cloison et comprimait en bas le voile du palais. Diagnostic : tumeur maligne. Pour donner de l'air au malade, je fis en une séance l'ablation de la tumeur avec le couteau annulaire de Gottstein, ce qui rétablit la liberté de la respiration. A l'examen microscopique, on trouva du cancer.

Le second malade, un homme vigoureux âgé de 51 ans, souffre depuis l'automne de 1893 d'une oblitération nasale bilatérale avec douleurs s'irradiant parfois dans la nuque. Au bout de deux mois apparaissent des ganglions autour du cou. Il existe une suppuration nasale fétide, et depuis quelques semaines un écoulement de l'oreille droite. Le nez est entièrement rempli de tumeurs dures saignant facilement et de pus fétide ; la moitié droite du voile du palais est comprimée par une tumeur partant de la paroi pharyngée droite. Il y a aussi des tumeurs dans la moitié gauche du pharynx nasal. Diagnostic microscopique : carcinôme. La tumeur provient vraisemblablement du sphénoïde. On doit remarquer le peu de troubles de l'état général.

3. P. K. PEL (Amsterdam). — *A*. **Paralysie hystérique des abducteurs.** — Je vous présente une jeune fille atteinte de paralysie des abducteurs du côté gauche à laquelle l'étiologie ordinaire fait défaut. Il n'existe pas de tabes ni d'autre lésion organique du cerveau ou de la moelle épinière. L'aorte, le médiastin et les sommets sont sains, de même que l'œsophage et la glande thyroïde. Toutefois la malade a toute une série de manifestations hystériques. Je crois donc que nous avons affaire à une paralysie hystérique des abducteurs.

H. BÜRGER. — Je me permets de faire des réserves au sujet de ce diagnostic. Dans un grand nombre de paralysies des récurrents et des abducteurs l'étiologie demeure obscure pendant la vie, ainsi que l'a fait remarquer Moritz Schmidt. Un ganglion médiastinal ou cervical enflammé peut par la pression provoquer une de ces paralysies. Je considère une paralysie hystérique des abducteurs comme très invraisemblable parce que l'abducteur forme un véritable muscle respiratoire qui tient la glotte automatiquement ouverte pour la respiration et qu'elle ne reçoit pas sa principale innervation de l'écorce cérébrale comme les muscles de la phonation, mais de la moelle allongée. Observe-t on aussi dans l'hystérie des paralysies diaphragmatiques et des muscles intercostaux ?

PEL. — Au cours de l'hystérie on peut observer toutes les manifestations nerveuses, atrophies, troubles de la nutrition et réaction de dégénérescence. Pourquoi l'abducteur ferait-il exception?

ZWAARDEMAKER. — Comme exemple de paralysie hystérique d'un muscle automatique, je citerai l'ischurie.

B. **Paralysie des abducteurs dans le tabes.** — Lorsque je soignai le malade âgé de 57 ans, il n'existait pas d'autre trouble qu'une paralysie bilatérale des abducteurs. Mais comme auparavant on avait observé une paralysie des abducteurs, j'ai diagnostiqué le tabes ce qui a été confirmé dans la suite. La paralysie des abducteurs a persisté ; les réflexes des genoux ont été abolis d'abord à droite, puis plus tard à gauche. Des troubles trophiques sont apparus aux orteils ; à présent la démarche est incertaine et des douleurs se manifestent dans la région de l'articulation coxo-fémorale.

BURGER. — J'ai connu le malade avant qu'il ne vînt à la clinique. Les réflexes des genoux étaient encore intacts. Au point de vue laryngologique la paralysie des abducteurs est intéressante, parce qu'il existait à gauche une contracture secondaire des adducteurs qui faisait défaut à droite.

Pel. — Depuis lors, comme vous le voyez, la corde vocale droite s'est rapprochée de la ligne médiane.

4. H. Bürger (Amsterdam) et Pel. — **Un cas de paralysie syphilitique des nerfs crâniens.** — Ce malade, agent de police, âgé de 23 ans, entra le 18 juin 1893 à la clinique de Van Haren Noman pour une syphilis primitive et secondaire, fut traité par des injections mercurielles et sortit le 27 juillet, guéri. Il revint le 10 octobre atteint de vertige, la démarche incertaine, sourd du côté droit, diplopique atteint de paralysie faciale droite et de paralysie du voile du palais. Je le vis pour la première fois le 4 novembre ; la démarche s'était un peu améliorée, mais la voix était encore nasale, une partie des aliments revenaient par le nez ; la moitié droite du voile du palais était à peu près immobile ; donc, parésie de la moitié droite du voile palatin ; puis, légère parésie du nerf abducteur droit. Il existait du nystagmus de la fixation dans toute direction éloignée. Réaction normale des pupilles ; pas de limitation du champ visuel. Rien d'anormal dans le fond de l'œil. Le facial droit est complètement paralysé dans toutes ses branches ; pas de réaction de dégénérescence. Le pouvoir auditif est notablement diminué à droite pour la conductibilité osseuse et aérienne. Le résultat de l'épreuve de Rinne est positif à droite et à gauche ; pas de latéralisation lors de l'épreuve de Weber ; la membrane tympanique et la trompe sont normales ; donc parésie du nerf acoustique droit. Puis, paralysie complète du crico aryténoïdien postérieur droit, hyperesthésie et excitabilité réflexe diminuée de la muqueuse de la fosse nasale droite et anesthésie complète et exagération des réflexes dans la partie droite du pharynx et du larynx. Pas d'irrégularité dans la motilité, sensibilité et réflexes au tronc et aux extrémités. Le traitement mercuriel provoqua une telle amélioration qu'au mois de janvier 1894, il ne persistait plus qu'une paralysie des abducteurs et du voile. Dans cette observation les points intéressants sont : 1° le laps de temps extraordinairement court entre l'accident syphilitique primitif et un groupe de paralysies des nerfs crâniens (à peine six mois) ; 2° que parmi ces paralysies celles des adducteurs (et du voile) étaient les plus opiniâtres ; 3° que dans un groupe de paralysies du côté droit il existait aussi une hémianesthésie de la partie droite du larynx, chose qui ne doit pas être confondue avec l'innervation du larynx bilatérale, croisée et sensible adoptée par beaucoup d'auteurs ; 4° que malgré les controverses non encore élucidées telles que l'innervation du palais, la paralysie faciale guérit to-

talement, le palais au contraire demeura paralysé avec l'abducteur, et que c'est bien plutôt le spinal que le facial qui fournit l'innervation du voile du palais.

L'observation ne se termine pas ici. Le malade eut une rechute. En février apparurent de nouveau des paralysies de l'acoustique et du facial. Le 21 avril, le Dr Wertheim Salomson observa une réaction de dégénérescence complète dans toute la région faciale droite. Le palais et les abducteurs demeuraient toujours paralysés. Les réflexes des genoux étaient abolis. Alors survint subitement un groupe de nouveaux symptômes pour lesquels le malade entra à la Clinique de Pel.

Pel. — Le malade arriva dans un état somnolent, dément. Nous constatâmes à droite : surdité nerveuse, paralysie faciale complète avec réaction de dégénérescence complète, parésie abductrice, paralysie de la voute palatine, du pharynx et du muscle crico-aryténoïdien postérieur avec diminution de la sensibilité et disparition des réflexes. Troubles du goût, paresthésie et hyperesthésie de la face ; et à gauche, parésie des deux extrémités. Pas d'infiltration du nerf optique, les organes internes sont sains. Il n'y avait donc pas moins de six nerfs cérébraux atteints : l'acoustique, le facial, l'abducteur, le spinal, le glosso-pharyngien, le trijumeau ; plus une hémiparésie des extrémités du côté gauche. Nous avions donc affaire à une hémiplégie alterne. Je crus aussi reconnaître une tumeur du pont de Varole (gomme) : 1° parce que la paralysie des nerfs cérébraux et celle des extrémités n'étaient pas apparues simultanément ; 2° parce que l'hémiparésie était corticale (après que la paresthésie et les crampes eurent attaqué quatre doigts d'abord, le bras, puis 36 heures après la jambe furent atteints de parésie) ; 3° parce qu'un grand nombre de nerfs étaient affectés. Je crois devoir attribuer l'hémiparésie à une endartérite oblitérante de la scissure de Sylvius droite, et la paralysie des nerfs cérébraux à une affection de la base du cerveau (méningite gommeuse, périostite). Il n'est pas rare d'observer consécutivement la syphilis de la base et des vaisseaux.

Le malade fut soigné par l'iodure de potassium et le mercure. Il est aujourd'hui à peu près guéri. Il ne ressent plus de douleurs subjectives. L'hémiparésie a disparu ; seuls le palais et l'abducteur présentent encore de la parésie. Le facial aussi est encore paralysé, vraisemblablement à la suite d'une névrite descendante. A mon avis la parésie du voile ne dépend pas du facial, mais du

nerf spinal droit. Je crois que le spinal est le nerf moteur du voile du palais.

Dans le pronostic de la syphilis cérébrale, je suis toujours très réservé au sujet des paralysies totales ; on voit ordinairement la parésie céder à un traitement approprié. Ainsi que le fait remarquer Bürger, ce cas sert d'exemple à ce que peu de temps après l'infection il peut se manifester une syphilis cérébrale grave et toujours récidivante, même lorsqu'un traitement rationnel a été appliqué au début et qu'aucun accident particulier (traumatismes de la tête, alcoolisme, etc.,) n'est en jeu. Un fait étonnant est que c'est surtout dans les formes bénignes de syphilis primitive et secondaire que l'on rencontre la syphilis du système nerveux central.

5. H. Bürger. — **Quatre cas de lupus du larynx.** — Dans deux des cas que je vous présente, le lupus était primitif, c'est-à-dire que jamais aucune affection lupique ne s'était manifestée sur une autre partie du corps. Le premier malade, un garçonnet de 15 ans, souffre depuis Noël d'une dysphonie, qui peu à peu a dégénéré en aphonie. Je le vis le 6 mars 1894 et trouvai chez l'enfant qui, à part l'aphonie, était bien portant, une affection destructive et granuleuse. La portion libre de l'épiglotte est totalement absente ; la base de la langue pénétrait dans le bord de la plaie de l'épiglotte ulcérée et fortement granuleuse. Cette dépression était épaisse d'un doigt et s'introduisait à droite et à gauche en arrière dans les replis ary-épiglottiques épais d'un doigt. Toute la surface était granuleuse, d'un rouge foncé et ressemblait à des framboises. L'ouverture du larynx présentait une fente large d'à peine deux millimètres ; on ne voyait rien de l'intérieur du larynx. Grâce à l'amabilité du Prof. Van Haren Noman qui reçut le malade dans sa Clinique, j'ai pu le suivre depuis le 16 avril, c'est-à-dire pendant neuf semaines, j'ai fait quotidiennement des badigeonnages d'acide lactique dont j'ai obtenu des résultats étonnants. Les granulations ont disparu ; la tuméfaction a diminué, le bord de l'épiglotte est revêtu d'une muqueuse lisse ; et j'ai pu voir l'intérieur du larynx, et à ma grande surprise, ce dernier était parfaitement sain. L'aphonie a sans doute été la suite d'un gonflement de la région inter-aryténoïdienne. Encore actuellement la glotte cartilagineuse ne se ferme pas complètement lors de la phonation. La voix est forte, bien qu'un peu rauque. Le malade est considéré comme guéri.

Le second cas se rapporte à une jeune fille de 28 ans, dont le

père a succombé à une phtisie laryngée, et qui souffre depuis l'hiver de maux de tête et de légères douleurs à la déglutition qui se propagent à l'oreille gauche. Parfois en parlant elle ressent une légère dyspnée. L'image reflétée dans le miroir ressemble beaucoup à celle qui a été décrite précédemment ; ici aussi on n'a vu au début que des granulations framboisées, rouges, proéminentes, mais toute l'image est remplie de granulations de toute la partie antérieure de l'épiglotte. Pas de sécrétion. Pas d'ulcérations visibles. Depuis le 17 mai, j'ai appliqué toutes les semaines le galvano-cautère au larynx et j'ai employé quotidiennement l'acide lactique pur. Comme j'enlevai chaque fois une parcelle avec le galvano-cautère, j'ai d'abord débarrassé l'épiglotte des granulations ; la surface antérieure est maintenant lisse, veloutée ; le bord est redevenu libre et à peine détruit. Ensuite j'ai fait des cautérisations le long du repli ary-épiglottique gauche et dans la région aryténoïdienne gauche. Si avec la sonde on attire l'épiglotte en avant, on voit que la moitié gauche de l'entrée du larynx qui était la plus infiltrée, est maintenant notablement plus mince que la droite. L'intérieur du larynx est également intact. Me basant sur les résultats obtenus jusqu'ici et sur la guérison presque complète du premier malade, je dois m'expliquer sur le traitement topique conséquemment appliqué au lupus laryngien.

Chez la troisième malade le lupus a débuté il y a huit ans dans le larynx ; enrouement, troubles de la déglutition ; puis le pharynx et enfin le nez ont été attaqués. La malade, âgé de 24 ans, vint me trouver en octobre 1893, portant un lupus nasal non encore complètement guéri, des nodules lupiques étendus et des ulcérations grosses comme la tête d'une épingle à la gencive supérieure et à la voûte palatine ; le larynx présente des granulations lupiques au bord de l'épiglotte et de larges infiltrations dans la surface laryngée latérale. J'ai cautérisé souvent la bouche au galvano-cautère et à l'acide lactique avec un résultat presque négatif ; j'ai obtenu ensuite une amélioration marquée avec une solution concentrée d'acide chromique. Aussi recommanderai-je l'acide chromique que je considère comme le meilleur caustique dans les diverses affections ulcéreuses de la muqueuse buccale, comme le meilleur traitement du lupus de la bouche. Les infiltrations laryngées que je ne traitai pas localement ont disparu.

Ma quatrième malade, une demoiselle de 30 ans, a eu du lupus sur diverses parties du corps. Quand elle vint me trouver le

26 mars 1893, à l'exception du nez et du larynx, tout était guéri. L'acide chromique a fait disparaître l'affection tubéreuse sur la moitié antérieure des cornets inférieur et moyen. Il y avait de nombreux nodules lupiques sur le bord érodé de l'épiglotte, et dans le larynx une infiltration « en masse » des deux faces et de la partie inférieure de l'épiglotte. La commissure était également intéressée. Il survint aussi une violente dysphonie. Des cautérisations répétées furent toujours suivies d'un retour des ulcérations. Dans la forme de lupus que présentent les deux dernières malades, il est difficile de préciser le moment où l'affection est véritablement guérie. Ces infiltrations lupiques indolentes de la surface interne du larynx ont une couleur normale; elles sont seulement plus mates, moins lisses, plus sèches, que la muqueuse saine. Elles supportent admirablement le galvano-cautère. Je recommanderais dans ce genre de cas d'allier la galvano-caustie à l'usage quotidien de l'acide lactique, et de prolonger ce dernier traitement pendant de longues semaines.

Chez tous ces malades, les symptômes subjectifs sont insignifiants ou tout à fait absents, l'état général est parfait, l'évolution est particulièrement lente, les cordes vocales sont intactes et il ne se produit jamais de sécrétion.

6. F J. Michelsen (Amsterdam). — **Nouvelle méthode de traitement de l'aphonie hystérique.** — Au nom *d'aphonie hystérique*, M. préfère celui *d'aphonie nerveuse*, parce que l'affection se manifeste aussi chez les sujets non hystériques à la suite d'une frayeur et après la guérison d'un catarrhe laryngien. La méthode que l'auteur emploie depuis huit ans est psychique et consiste en ce qu'après quelques préparatifs, le médecin, comme s'il s'agissait d'une chose sérieuse introduit son doigt dans la cavité naso-pharyngienne de même que pour les végétations adénoïdes. Cette manipulation provoque souvent une grande agitation. Aussi est-ce vraisemblablement la peur qui amène par action réflexe le retour de la voix. Lorsque le malade a cessé de crier, on le fait compter à haute voix et continuer dans la rue. Les avantages de cette méthode sont le *cito* et *tuto*, non le *jucunde*. Tout praticien peut s'en servir. Ce traitement a donné les meilleurs résultats : 1° pour les aphonies nerveuses ; 2° chez les malades atteints d'aphonie hystérique et de végétations adénoïdes; 3° dans les paresthésies. Il a peu réussi : 1° lorsqu'il avait été employé auparavant : 2° dans les simulations hystériques et les idées délirantes ; 3° chez les hystériques apathiques

qui ne réagissent pas, ce qui est souvent le cas dans les pharyngites atrophiques.

7. H. Zwaardemaker (Utrecht). — *A*. **Anomalies qualitatives du sens de l'odorat, méthode clinique pour les reconnaître.** — On a très peu écrit sur ce sujet. Les remarques qui ont été faites portaient sur la perte de l'odorat dans des cas déterminés, pour la vanille, le réséda, par exemple, sans qu'il y eut de modification pour la perception d'autres odeurs. Ces anomalies partielles ont une plus grande analogie avec les lacunes des tons de l'otologie qu'avec le daltonisme. On n'a jamais entrepris la nomenclature exacte des qualités manquant à l'odorat. Seules quelques observations ont pu être recueillies, et on n'est nullement sûr de pouvoir connaître à fond les aberrations de ce sens. Il est nécessaire de procéder méthodiquement. Malheureusement, jusqu'ici nous ne possédons pas de systèmes naturels des odeurs. J'ai donc considéré le *Systema odorum* connu que Linné élabora au siècle dernier pour la pharmacopée du temps, comme un système naturel qui embrasse toutes les odeurs. En raison des nouvelles préparations chimiques j'y ai ajouté deux classes, ce qui donne un total de neuf. L'ensemble de ces classes a été révisé et subdivisé. Ainsi on a eu la parenté des odeurs qui a été jugée d'après les renseignements fournis par la littérature physiologique et la technique de la parfumerie. Les raisonnements théoriques et même chimiques ont été soigneusement écartés ainsi que mes propres sensations subjectives. Les neuf classes sont : 1° *odores aetherei* (odeurs d'éther), acide acétique et éther éthylique, acide butyrique ; 2° *odores aromatici* (odeurs aromatiques), qui doivent être subdivisées en plusieurs classes : camphre, citral (aldehyde) ; 3° *odores fragrantes* (odeurs balsamiques), avec trois subdivisions : iron, (keton), cumarin, (lacton) ; 4° *odores ambrosiaci* (odeurs ambrées), divisées en deux classes : musc et trinitrobutyloluol ; 5° *odores alliacei* (odeurs allylkakodyles), avec trois subdivisions) : ammoniaque, soufre, ichthyol ; 6° *odores empyreumatici* (odeurs empyreumatiques), goudron, créosote ; 7° *odores hircini* (odeurs de capryl), acides acétique et butyrique ; 8° *odores tetri* (*odeurs repressantes*) graines de coriandre, opium ; 9° *odores nauseosi* (odeurs nauséeuses), bois de santal (scatolholz) (anagyris fœtida).

Des spécimens sont montrés à la Société et une monographie sur ce sujet paraîtra en 1895.

B. **Champs auditifs de Gradenigo.** — J'ai poussé le champ au-

ditif de Gradenigo jusqu'à la limite des tons aigus et bas de la manière suivante d'après un système de coordination. Les divers tons de l'échelle humaine sont posés sur l'axe des séparations. Quand on a réservé un millimètre pour chaque demi-ton, l'échelle entière mesure 132 millimètres dans la jeunesse, moins dans la vieillesse (Voir *Zeits. f. Psych. u. Psych. der Sinnesorgane*, Bd. VII, p. 10). Sur l'axe des chiffres (*ordinaten*) on marque le pouvoir auditif qui est désigné par des diapasons à divers endroits de l'échelle des tons. (Voir *Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd. XVIV). L'espace borné par l'acte des séparations et les pointes des chiffres (*ordinaten*) formant des courbes, forme le champ auditif, dont la dimension est la mesure de l'acuité auditive sommaire. Je vous présente quelques-uns de ces champs auditifs qui appartiennent à trois rubriques : a) celle des *sclérotiques*. Les tons élevés sont très bien conservés, mais les octaves inférieures sont tout à fait perdues. Lorsque le processus gagne la fenêtre ovale, les tons élevés souffrent aussi. b) *champs auditifs dans les affections labyrinthiques*, dans lesquels on trouve les signes connus. c) *champs auditifs dans les anomalies plus importantes de la membrane tympanique*. Celles-ci ressemblent beaucoup aux champs auditifs de la sclérose, mais elles présentent des différences intéressantes. Cet examen doit être continué sur une plus vaste échelle. Dans tous les cas on recherchait d'abord les lacunes des tons sur l'harmonium, pour le bas au moyen du diapason de Moos-Appunn, pour le haut avec les baguettes d'harmonie de König.

8. W. Schutter (Groningue). — *A*. **Un cas d'atrésie congénitale des choanes.** — Je vous montre des moulages en plâtre du nez externe, des choanes, et du maxillaire supérieur provenant d'un homme de 59 ans atteint d'une atrésie congénitale de la choane droite. Sur le moulage du nez, vous voyez que la narine droite est plus petite que la gauche dans les deux dimensions. L'aile gauche du nez est voûtée, l'aile droite un peu effondrée. Le moulage des choanes montre que l'atrésie siège à un centimètre en avant de la surface choanale. La surface de l'atrésie est légèrement plus petite que la choane, et la cavité facilement infundibuliforme. L'éloignement des trompes atteint 24 millimètres ; le septum est dans la ligne médiane. La hauteur des choanes est à gauche de 17 millimètres et de 20 à droite ; la largeur de 10 millimètres à gauche et de 8 à droite. Le bord inférieur des choanes est situé plus profondément à droite qu'à gauche. Le rétrécissement de la choane droite est provoqué par

une anomalie de la paroi choanale latérale qui la comprime. Sur le moulage du maxillaire supérieur, on voit que le palais est un peu plus voûté qu'il ne devrait l'être normalement, le maxillaire est légèrement elliptique ; la mastication se fait complètement et régulièrement. Donc, pendant la seconde période dentaire la fosse nasale saine doit avoir été libre. Ce diagramme des alentours du crâne de notre malade, montre que ce dernier était très symétrique. D'après tout ceci, l'on voit que les suites que Ziem décrit après une obstruction de la fosse nasale dans les premières années de la vie ont fait défaut chez notre malade. Au moyen de l'électrolyse bipolaire à travers le nez j'ai perforé l'atrésie osseuse en une séance et j'agrandirai encore cette perforation.

A une question du Dr Cohen Tervaert, Schutter répond qu'il a pris le moulage de la cavité naso-pharyngienne avec l'aide d'un dentiste, après cocaïnisation, à l'aide d'une petite tige recourbée garnie de gomme.

GUYE. — Dans un cas semblable, sous anesthésie cocaïnique, j'ai pratiqué une bonne perforation au moyen du ciseau, et j'ai employé des canules élastiques pour le traitement consécutif.

B. **Un cas de paralysie bilatérale des adducteurs (posticus) diagnostiquée.** — Vous voyez ici le larynx d'un homme qui, à l'âge de 13 ans, a eu une inflammation du cou et qui s'est présenté l'an dernier à la Polyclinique pour de la dyspnée. Au laryngoscope on diagnostiqua une paralysie postérieure avec adduction inspiratoire des cordes vocales ; il n'y avait ni hyperhémie, ni tuméfaction. Je rapportai cette paralysie à une bronchite putride dont souffrait le malade, et je crus que les glandes lymphatiques comprimaient les récurrents. La trachéotomie fut effectuée avec succès. Au bout d'une année le malade gagna un érysipèle. La préparation que je dois au Dr Rotgans, consiste en la moitié droite de la langue, du pharynx et du larynx et une partie de la trachée et de l'œsophage et est conservé dans le liquide de Wickersheimer. Vous voyez ici une sténose importante de la trachée et de l'œsophage au dessous du cartilage cricoïde. La circonférence d'ensemble est, à cette place, à peine grosse comme la moitié de ce qu'elle est quelques centimètres plus bas. Sous le cricoïde, un peu à droite, existe une perforation ovale de 3/4 à 1/2 centimètre entre l'œsophage et la trachée, qui se sont soudées profondément l'une à l'autre. La muqueuse de la trachée et de l'œsophage rayonne autour de cette

perforation. Au-dessus de la fistule pend dans l'œsophage, très mobile à un pédicule long d'un demi-centimètre, une petite tumeur muqueuse qui menace d'obstruer totalement la fistule. Il est clair, qu'à la suite de cette circonstance, pendant la vie, les aliments n'ont pas pénétré dans la trachée. Les muscles laryngiens n'étaient pas atrophiés. Le trouble de l'abduction des cordes vocales n'a donc été que la suite d'une fixation mécanique des cartilages aryténoïdes.

Burger. — Il est remarquable que cette fixation n'ait pas provoqué une atrophie des postérieurs. Il y a quelques années, Sidlo a décrit un cas semblable où l'abduction était entravée par une cicatrice de la paroi laryngée postérieure ; mais ici ce n'est qu'après la mort qu'on a reconnu l'atrophie des postérieurs. Dans l'observation qui vient d'être rapportée, le mouvement pervers des cordes vocales parle en faveur de l'existence d'une paralysie postérieure.

Schutter. — Les postérieurs n'ont été examinés que macroscopiquement par le Prof. Rotgans, et il n'y a pas constaté de signe d'atrophie.

Posthumus Meyes. — L'abduction inspiratoire peut être simplement produite par l'engorgement, ainsi que j'ai pu le constater distinctement dans deux cas de paralysie bilatérale du postérieur.

C. **Préparation de syphilis pharyngienne.** — Cette coupe montre un fragment du bord d'une ulcération pharyngée et offre l'image d'un carcinôme typique. Après avoir obtenu ce résultat par l'excision préparatoire, j'ai renvoyé le malade dans son pays comme inopérable et lui ai fait faire par son médecin des insufflations d'iodoforme *ut aliquid fiat.* Le malade est absolument guéri, l'ulcération s'est cicatrisée. J'ai alors rapporté de nouveau la préparation au Prof. Reddingius qui dut s'en tenir au diagnostic de cancer. Je considère maintenant ce cas comme de la syphilis et je conseillerai pour les carcinômes inopérables, même lorsque le diagnostic est appuyé par l'examen microscopique, de ne pas renoncer au traitement anti-syphilitique.

Zwaardemaker. — Ce mode de traitement n'est pas inoffensif. Quand le diagnostic de cancer est certain, à mon avis le traitement spécifique est contre indiqué.

Pel. — Dans les affections ulcéreuses de la bouche et du pharynx, même après le résultat négatif d'une cure spécifique, il faut apporter la plus grande prudence dans le diagnostic. J'ai soigné une enfant atteinte d'un processus destructif étendu de

la bouche et du pharynx, où à la suite de l'emploi de l'iode à haute dose, on diagnostiqua la tuberculose, et dans lequel plus tard quelques injections de mercure amenèrent une guérison surprenante avec une cicatrisation étendue.

SIKKEL. — On observe aussi le contraire lorsque le mercure laisse une piqûre et que l'iodure de potassium amène la guérison. Un traitement alterné au moyen de ces deux remèdes est à recommander dans les cas opiniâtres.

TEN SIETHOFF. — Le diagnostic est souvent très difficile aux endroits où il existe de l'épithélium pavimenteux. La prolifération de cet épithélium offre une ressemblance frappante avec le carcinôme. J'ai vu des préparations de parcelles de tuberculose laryngée qui avaient l'apparence du cancer ; on confond aussi aisément la pachydermie avec ce dernier.

9. A. SIKKEL. (Utrecht). — *A*. **Un cas de lymphôme carcinômateux.** — Le cas dont j'ai à vous entretenir concerne une paysanne âgée de 46 ans qui souffre depuis longtemps de maux de tête, d'obstruction nasale et d'épistaxis. Elle est faible et amaigrie. La narine gauche est remplie par une masse d'un rouge rosé, mûriforme, saignant facilement, qui semble avoir son point de départ à la cloison. Dans la fosse nasale droite on trouve sur la cloison une tumeur plus petite à bords aigus. Sur un des fragments retirés du côté gauche, le Dr de Haan trouva des cellules épithéliales atypiques à côté de nombreuses cellules lymphatiques qui donnaient à la tumeur un caractère mêlé. En raison des hémorrhagies, des douleurs de tête, de l'occlusion et du collapsus, je me décidai à faire l'opération au moyen de l'anse chaude, introduite très aisément du côté droit, tandis qu'une violente hémorrhagie se produisait à gauche. Plus tard, le septum se perça et la muqueuse du plancher nasal fut affecté. Toutes les parties suspectes furent enlevées avec le couteau circulaire monté sur la machine perforatrice des dentistes, la cuiller pointue, le galvano-cautère et le ciseau. Il ne resta des deux côtés qu'un étroit bord de la cloison. Le traitement souvent interrompu par des hémorrhagies dura six semaines. Au bout de ce temps, la malade se trouva bien mieux ; la céphalalgie et la faiblesse avaient disparu ; le poids du corps avait augmenté. Je vous présente ici la masse de la tumeur extirpée et les préparations microscopiques. Dix semaines environ sont écoulées à présent depuis le traitement et il n'y a pas encore eu de récidive.

B. **Otite externe double.** — Une enfant de 9 ans, à la suite

d'une affection typhique eut des saignements d'oreille bilatéraux. Deux jours après je constatai une violente surdité, et d'innombrables furoncles dans les deux conduits auditifs, dans les pavillons et sur la tête. Ils furent incisés, le conduit auditif traité avec de la gaze iodoformée et la tête avec du sublimé. Des furoncles apparurent aussi dans la région lombaire. Au bout de trois semaines, la malade avait recouvré son acuité auditive normale.

C. **Corps étranger du conduit auditif externe.** — Chez une jeune fille de 22 ans, j'enlevai un noyau de cerise du conduit auditif, qui, pendant quinze ans, n'avait causé aucune douleur, mais qui tout à coup provoqua une otalgie insupportable. Le noyau siégeait très profondément ; les instruments ne pouvaient pénétrer jusqu'à lui. C'est pour cela que j'ai construit cet instrument qui consiste en une petite canule munie d'un petit entonnoir ; la partie libre large de l'entonnoir porte une petite lame de caoutchouc assujettie au moyen d'un plus petit infundibulum. L'instrument fut plongé dans l'huile et porté sur le noyau. Par l'introduction de la canule, je pus mobiliser le noyau de façon à ce que l'instrument pénétrât et le corps étranger put être extrait.

10. E. G. A. Ten Siethoff. (Deventer). — *A.* **Epilepsie réflexe d'origine nasale.** — J'ai soigné deux cas certains. Le premier concerne un homme de 38 ans, épileptique depuis 20 ans. Les crises furent toujours plus violentes et durèrent plus longtemps, elles étaient accompagnées de perte de connaissance totale, de morsures de la langue et de crampes toniques des extrémités. A la rhinoscopie, je trouvai une hypertrophie des cornets inférieur et moyen et une crête de la cloison cartilagineuse. Je prescrivis de la cocaïne que je fis appliquer par la femme du malade dans le nez en solution à 10 $^0/_0$ et par ce moyen je coupai l'accès. Après la constatation de cet effet, je traitai la muqueuse nasale par la galvano-caustique. Le résultat a été que depuis deux ans les crises ont disparu et que le malade se réjouit d'une euphorie non troublée.

Le second malade est un homme de 33 ans. Il a depuis longtemps de légers accès d'épilepsie ; en janvier 1892 il eut la première crise sérieuse qui fut accompagnée d'une sensation de fétidité épouvantable et pendant laquelle il tomba dans l'escalier. La fétidité persista durant une semaine. Depuis, il a eu toutes les cinq, puis toutes les trois semaines des accès semblables, toujours accompagnés d'une aura olfactive qui durait quatre

jours, puis de l'anosmie. La fosse nasale droite était entièrement obstruée par le gonflement de la muqueuse. Lorsque j'introduisis un tampon de cocaïne, le malade changea immédiatement de visage et me dit que la fétidité avait soudainement disparu. Le cornet inférieur droit était hypertrophié et soudé dans toute sa longueur à la cloison. La largeur de cette synéchie était de 2 millim. Le cornet moyen était également hypertrophié et soudé à la cloison dans sa partie postérieure. Sur le septum, un peu au dessus de la conque inférieure, existait une tuméfaction molle circonscrite. Les hypertrophies et les synéchies furent enlevées. Ce traitement demanda un temps assez long. Depuis que les fonctions nasales sont devenues normales, l'épilepsie a disparu. Seulement le malade a parfois des signes de la fétidité passée. Son état général s'est modifié.

B. **Polype naso-pharyngien.** — Le polype que je vous montre provient d'un garçon de 13 ans et mesure 7, 5 à 5 centimètres. Au microscope il ressemble à une tumeur de tissu adénoïde couverte de cils vibratiles et contenant plusieurs couches d'épithélium. Depuis dix-huit mois le malade ne pouvait plus dormir, étant toujours réveillé par la tumeur qui tombait dans le larynx. Le toucher de l'épiglotte avec la sonde ne provoquait pas de réflexe, car elle était sans doute accoutumée à l'irritation. La cavité naso-pharyngienne était totalement obstruée. J'ai enlevé la tumeur qui avait son point d'insertion à la partie postérieure du cornet droit moyen au moyen de l'anse galvanique introduite par le nez et ressortie par la bouche autour de la tumeur. J'ai aussi débarrassé le nez du malade de cinquante polypes.

11. Guye. **Polypes des choanes.** — Les polypes des choanes, de même que ceux du nez ne doivent être enlevés qu'à l'anse froide et non au galvano-cautère. Si l'on sectionne un polype avec l'anse chaude, on n'en retire qu'une partie et on laisse d'habitude la plus grande portion. Pour l'opération des polypes des choanes, dans la plupart des cas, l'extraction bimanuelle est la mieux appropriée. J'introduis le serre-nœud de Wilde dans le nez, puis je fais passer par la bouche l'index qui pénètre dans la cavité naso-pharyngienne, où je rencontre très aisément l'anse dans laquelle je cherche à introduire un morceau du polype. Ensuite je serre le nœud avec l'autre main et je retire le polype. Cette méthode m'a presque toujours réussi, même dans des cas où des confrères, par la voie galvano-caustique employée fréquemment, n'avaient extrait que de petits fragments de tumeur. Vous voyez ici quelques polypes des choanes enlevés

par ce moyen. Il n'y a que pour ce polype dur, lisse, arrondi, qui siégeait sur le bord postérieur du septum que l'extraction bimanuelle a échoué, parce que le serre-nœud glissait chaque fois sur la surface postérieure lisse du polype. Un jour j'arrivai, par l'examen digital, à trouver l'insertion sur le bord postérieur de la cloison; la tumeur fut retirée par la malade par la bouche. Dans de rares cas, l'anse d'acier est arrêté dans le nez par le ramollissement de la cloison, et on a de la peine à faire arriver le serre-nœud derrière le polype. Pour ces cas j'ai fait construire un conducteur de serre-nœud, une sonde d'argent recourbée dont l'extrémité est protégée par une cupule arrondie. Au moyen de cette cupule, l'instrument est replié. Ce petit crochet sert à surmonter une autre difficulté rare, lorsque l'on croit par exemple avoir emprisonné le polype dans l'anse, tandis qu'au moment de serrer, il échappe à l instrument. Le crochet, qui est muni d'un fil métallique, happe la tumeur.. En serrant le nœud, on tire légèrement sur le fil, afin que le polype ne glisse pas.

12. Posthumus Meyes. — **Présentation d une amygdale pharyngée de dimension extraordinaire,** extraite avec le couteau de Gottstein chez un garçon de 7 ans. La préparation mesure encore 17 à 22 et 29 millim. et pèse 5 grammes. L'antre montre aussi plusieurs petites canules pour le traitement consécutif aux perforations alvéolaires du sinus maxillaire.

13. A. C. H. Moll (Arnheim) montre un otoscope dont la partie destinée au malade est en verre et se divise en deux parties. L'olive peut très aisément être retirée de l'autre partie. On doit avoir un grand nombre de ces olives qui sont des plus faciles à désinfecter, afin que chaque malade se serve d'un instrument propre. M. présente ensuite un **ciseau pour l'opération de Stacke** avec lequel on enlève la paroi externe de l'attique. L'auteur a fait adapter au ciseau de Stacke un manche à angle droit pouvant se changer.

Au nom de la Société, le Dr Zwaardemaker offre des remerciements au président.

Arnheim est désigné comme siège de la prochaine réunion.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 14 février 1895.

Président : Prof. Störk.

Secrétaire : H. Koschier.

Réthi montre un **fibrôme** dur naissant du méat moyen par un long pédicule mou, pénétrant assez loin dans la cavité naso-pharyngienne et l'obstruant presque totalement. Le malade, âgé de 25 ans, se plaignait principalement d'obstruction nasale et de céphalalgies frontales intermittentes.

Pour essayer d'enlever la tumeur en un seul morceau, et aussi en raison de la vive sensibilité du pharynx malgré la cocaïnisation, Réthi en pratiqua l'ablation par les orifices antérieurs du nez. Après plusieurs tentatives infructueuses pour saisir la tumeur avec le serre-nœud et la ramener en avant, et pour l'attirer au moyen d'un crochet pointu, R. introduisit son serre-nœud, muni d'une petite anse horizontale par le méat inférieur, pencha l'instrument vers le bas et agrandit progressivement le nœud, remit l'instrument dans sa position normale et saisit ainsi la tumeur. Ensuite, non sans efforts, il attira cette dernière en avant et réussit à arracher le mince pédicule en son point d'implantation.

La tumeur mesurait 9 centimètres 5 de long et 9 centimètres à sa plus grande circonférence. Le pédicule était en forme de ruban, mou, semblable à un polype muqueux, la masse principale de la tumeur, qui était assez nettement séparée du pédicule, était arrondie, réniforme, lisse, d'un blanc brillant, dure, et n'était sillonnée qu'à la surface par de rares vaisseaux. L'examen microscopique caractérisa un fibrôme dur.

(1) D'après le compte rendu de la *Wiener klin. Wochenschrift*, 25 avril 1895.

Cette observation est intéressante, moins par la dimension de la tumeur et la difficulté de son extraction que par sa forme, en raison du trajet du long pédicule mince, du volume de la tumeur, et de la grande fermeté de la masse principale et la molleuse du pédicule.

PANZER fait une communication sur la **formation de kystes dans le larynx**, qui a été publiée dans la *Wiener Klin. Woch.* 18 avril 1895.

Séance du 14 mars 1895.

Président : Prof. STÖRK.

Secrétaire : Dr SCHNABL.

Prof. STÖRK. — **Sur les rapports entre les affections nasales et la méningite.** (Ce travail paraîtra dans la *Wiener klin. Woch.*).

Dans la discussion, Weil cite un jeune homme qui, trois jours après l'acnée d'une pleurésie, eut une crise de délire furieux et tenta de suicider; l'auteur croit que ces cas dans lesquels, à la suite de la résorption de substances toxiques, se manifestent des suppurations encéphaliques, doivent être distinguées de celles où la suppuration se produit dans le voisinage immédiat du crâne, dans le nez par exemple, car dans ces cas il faut penser tout d'abord à la migration directe de l'inflammation à l'intérieur du crâne. Weil demande à Störk si, chez le malade qui avait présenté des aspects si divers de la maladie, les croûtes avaient persisté dans la cavité naso-pharyngienne et si les cavités sphénoïdales avaient été atteintes. Weil omet aussi, dans le résultat publié de l'autopsie, l'état des cavités annexes, à la base du crâne, qui auraient pourtant été ici d'une grande importance.

Weil parle d'un opuscule récemment paru de Harke (Hambourg) donnant les résultats d'environ 400 coupes de sinus, qu'il a faites d'après une méthode à lui personnelle (sciage de la base du crâne par le milieu, bris par le ciseau de l'atlas et de

l'épistropheus) sans défigurer le visage sur les cadavres de l'hôpital, et il croit que cette méthode permet de voir bien mieux les cavités nasales que le sciage aujourd'hui employé de la base du crâne avec la scie acérée ; mais que, dans les cas où l'on n'a pas à s'occuper du nez et de l'antre d'Highmore, la simple ouverture de la boîte crânienne suffit.

Prof. O. CHIARI. — **Prolapsus du ventricule de Morgagni.** (Sera publié dans la *Wiener klin. Wochenschrift*).

WEIL fait remarquer que, bien qu'il s'agisse d'un véritable prolapsus de la muqueuse et que la tumeur ait été extraite assez profondément, on devrait trouver du tissu conjonctif sous-muqueux au milieu de la surface de section et qu'ainsi la question serait résolue ; mais que, naturellement, son absence ne permet pas de voir cette hypothèse, car ce tissu a pu être arraché, et il demande à Chiari l'explication de ce point de sa préparation.

CHIARI dit que les recherches anatomiques faites sur le cadavre démontrent que ce repli forme une saillie très résistante, et que la section du pli est à la même résistance. Après l'ablation du prolapsus, le ventricule et la corde vocale ont repris leur forme normale.

ANALYSES

I. — *BOUCHE ET PHARYNX*

Sarcôme du palais traité et guéri par les streptocoques de l'érysipèle, par WALLET JOHNSON (*Med. record.* 17 novembre 1894).

Sarcôme ayant envahi tout le palais chez un garçon de seize ans. L'examen histologique d'un fragment montre qu'il s'agit d'un sarcôme à cellules fusiformes. Traitement par les injections hypodermiques de cultures filtrées du streptococcus erysipelatus et du bacillus prodigiosus (quinze, puis soixante gouttes par jour). Légère hyperthermie après les injections. Le traitement dura du 31 octobre 1893 au mois de juin 1894. Amélioration lente mais progressive des lésions locales et de l'état général. Le 1er octobre 1894, il ne reste qu'une petite veine et deux exulcérations. Des bandes cicatricielles unissent le voile du palais au pharynx. Deux figures montrent l'aspect des lésions avant et après le traitement. A. F. PLICQUE.

Lésion nerveuse de l'amygdale du voile du palais et de la luette, par B. F. WERTHVOOK. (*New-York med. journ.*, 1894, p. 617).

Les accidents d'ulcération et de sphacèle du côté du pharynx et de l'amygdale semblèrent certainement d'origine trophique. Aucune autre cause ne pouvait être invoquée et il existait des accidents de névrite multiples. Le traitement le plus efficace parut, après plusieurs essais, les attouchements avec la solution de nitrate d'argent à cinquante pour cent. Guérison en un mois.

A. F. PLICQUE.

Papillome de l'amygdale, par H. T. MACHELL. (*New-York med. journ.* 19 janvier 1895).

Les tumeurs papillomateuses de l'amygdale sont d'une extrême rareté. Dans l'observation de M., si l'aspect macroscopique était

bien celui d'un papillome, le diagnostic histologique est peut-être en faveur d'un lymphadénome. La tumeur est en effet de nature lymphadénoïde, reproduisant le tissu même de l'amygdale. L'ablation ne fut d'ailleurs faite qu'après la mort qui survint du fait d'une angine diphthéritique ou scarlatineuse. Le début du papillome semblait remonter à deux ans. A. F. PLICQUE.

Les névroses sensitives de la gorge de l'âge climatérique, par FÉLIX SEMON. (*Brit. med. journ.*, janvier 1895, p. 3).

Ces sortes de névroses sont d'une très grande fréquence ; elles se manifestent par les sensations les plus diverses, mal localisées, plus ou moins rapportées au pharynx et au larynx, de la sécheresse, des picotements, des douleurs névralgiques. Le traitement psychique est le seul logique, destiné à soutenir le moral de ces malades jusqu'à ce que la ménopause définitive amène la guérison du mal. C'est là encore une manifestation des relations si curieuses entre les fonctions et le développement de l'appareil génital et de l'appareil vocal. M. N. W.

Sur un cas d'angine pseudo-membraneuse observée chez une syphilitique avec présence exclusive dans l'exsudat des formes levures du muguet, par TEISSIER. (*Arch. de méd. expérim.*, mars 1895.)

L'auteur a vu chez une femme atteinte de syphilis secondaire, une angine aiguë être rapidement suivie de la formation d'un exsudat offrant objectivement tous les caractères de la fausse membrane. L'examen bactériologique de cet exsudat a montré qu'il renfermait à l'état de pureté absolue une levure qui n'était autre chose que du muguet.

Sur les préparations colorées l'élément dominant était représenté par de nombreux et volumineux globules, franchement colorés, limités par une paroi à double contour : leur forme était arrondie ou polygonale par pression réciproque : quelques-uns étaient isolés et parfaitement arrondis. Il n'existait aucun filament, aucune forme ramifiée, tubuleuse, rappelant le mycélium des auteurs classiques.

L'auteur conclut :

1° Que le parasite du muguet peut exister à l'état de pureté dans des produits pseudo-membraneux.

2° Qu'il peut se manifester primitivement et exclusivement

sur le voile du palais, sous la forme de levures, c'est-à-dire sous la forme que le parasite prend lorsqu'il se trouve dans des conditions favorables de développement.

3° Qu'il peut se développer sur un terrain préparé sans doute par la syphilis, mais en dehors de toute acidité ou de sécheresse buccale, de tout affaiblissement cachectique, c'est-à-dire des conditions pathogéniques habituelles de l'angine crémeuse.

M. L.

Persistance et dangers du bacille diphthéritique, par Boureau (de Tours). (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 2 février 1895).

L'auteur montre que depuis l'application de la sérumthérapie dans la diphthérie, la guérison est beaucoup plus rapide qu'avec les autres méthodes de traitement et, par suite, les petits malades guéris sont rendus plus vite à la liberté. Il a suivi longtemps, après leur maladie, des enfants ayant eu la diphthérie et chez lesquels il a pratiqué des examens et des cultures bactériologiques. Il a pu retrouver des bacilles dans le mucus de leur gorge, quinze jours, un mois et même deux mois après l'angine et ces enfants avaient pu ainsi transporter la contagion, plusieurs fois, ainsi que l'auteur l'a observé.

Il résulte donc que la désinfection d'une maison ne met pas à l'abri de la contagion. Il faut, après la maladie, prescrire des lavages fréquents et antiseptiques de la gorge du malade isoler sévèrement le convalescent. Les précautions suivantes, recommandées par l'auteur, méritent d'être vulgarisées : « à l'asile de Clocheville, près de Tours, les guéris sont isolés et leur exeat ne leur est donné que lorsque l'examen du mucus de la gorge et du nez a démontré l'absence de bacilles. » G. Laurens.

Le traitement de certaines affections des amygdales au moyen d'un nouvel emporte-pièce, par Brown Kelly (*Lancet*, 7 juillet 1894).

Dans les cas où l'amygdalotomie est contre-indiquée pour une raison quelconque, on est généralement obligé d'avoir recours à un mode de traitement moins rapide et on donne habituellement la préférence aux cautérisations à l'aide du galvano-cautère, ce qui amène une durée de traitement variant de 6 à 10 semaines pour peu que l'hypertrophie tonsillaire soit notable. Il faut ajouter à cet inconvénient celui des réactions inflammatoires qui ne sont pas rares à la suite des cautérisations.

C'est pour éluder ces inconvénients qui cet emporte-pièce est

imaginé ; grâce à un dispositif très simple, le mors passif de l'instrument peut se trouver en avant ou en arrière de l'amygdale, la mors actif agissant suivant le cas par propulsion ou par traction.

Les indications de cet instrument sont les suivantes d'après l'auteur :

1. L'augmentation du volume de l'amygdale porte surtout sur le diamètre antéro-postérieur sans notable saillie en dedans.

2. Quand le pilier antérieur du voile du palais tendu sur l'amygdale serait menacé par l'amygdalotome.

3. Quand, après amygdalotomie, le moignon tonsillaire est le siège d'inflammations fréquentes.

4. Quand il y a amygdalite lacunaire chronique sans hypertrophie. On peut combiner l'usage de cet instrument à la discision de l'amygdale, ou l'employer seul.

5. Quand il s'agit d'un adulte très pusillanime, l'anesthésie parfaite étant plus réalisable pour cette opération que pour l'amygdalotomie.

L'opération se fait après anesthésie à la cocaïne ; l'hémorrhagie est généralement très faible. Immédiatement après il y a avantage à badigeonner les parties avec une solution à 2 °/₀ de pyoctanine. Douleur faible pendant la première journée seulement. La guérison demande généralement 2 à 3 séances.

C. W. DU BOUCHET.

Le traitement médicamenteux des maux de gorge, par AVELLIS. (*Rev. intern. de rhinol. otol. et laryngologie*, n° 2, p. 13, 25 janvier 1895.)

Malgré les immenses progrès réalisés dans notre spécialité, le traitement des douleurs de gorge ne s'est guère modifié depuis la publication du traité de Morell Mackenzie. La morphine est encore le remède le moins infidèle pour calmer les souffrances vives que déterminent les inflammations aiguës, les ulcérations du pharynx ; mais il faut l'employer à dose disproportionnée d'avec l'effet local attendu, et impressionner toute l'économie pour arriver en fin de compte à émousser la sensibilité des piliers palatins : de plus, ses inconvénients sur l'estomac sont sérieux. La cocaïne, de son côté, a une action trop fugitive, et cause chez beaucoup de malades une sensation de sécheresse et même d'étouffement passagers plus désagréables parfois que le mal de gorge lui-même ; enfin les solutions cocaïniques nécessaires

pour calmer les souffrances font, de par leur toxicité, courir un véritable danger aux malades. Maison reproche à l'antipyrine en solution concentrée : son goût amer, son prix de revient élevé; et enfin la dose forte qu'il faut employer peut amener un collapsus dangereux chez certains malades.

L'auteur a cherché une combinaison capable de calmer les douleurs de gorge agissant efficacement, même donnée à petites doses et pouvant s'administrer sous une forme agréable.

Il s'adresse pour cela à un mélange de cocaïne et d'antipyrine, se fondant sur ce fait connu que l'association de deux substances est plus active que l'action isolée de chacune d'elles, même à doses plus élevées. Il a réussi, après quelques tâtonnements, à préparer un sel double d'antipyrine et de cocaïne. Il a incorporé cette « cocapyrine » dans des pastilles dont la solubilité lente favorise un effet plus prolongé. Elles font cesser, dans les pharyngites sèches, les chatouillements et picotements et provoquent une salivation abondante ; elles font rapidement disparaître les douleurs de l'amygdalite aiguë ainsi que celles qui suivent les opérations faites sur la gorge.

Chaque pastille contient vingt centigrammes d'antipyrine et deux milligrammes de cocaïne : trois ou quatre pastilles par jour suffisent. M. L.

Indications et contre-indications de l'ablation de l'amygdale pharyngée, par ESCAT (*Arch. méd. de Toulouse*, février 1895).

Indications chez l'enfant.

Végétations remplissant le cavum, et obstruant les choanes.

Suppurations rebelles des oreilles.

Surdité par catarrhe tubaire.

Accès de strudulisme ; bronchites chroniques rebelles.

Arrêt de développement du thorax.

Troubles respiratoires du nouveau-né, empêchant l'allaitement.

Contre-indications chez l'enfant.

Hypertrophie modérée, sans troubles fonctionnels sérieux.

Adénoïdite aiguë, simulant la vraie hypertrophie.

Intercurrence de la tuberculose pulmonaire qu'il faut distinguer soigneusement des complications thoraciques des végétations.

Milieu épidémique : influenza, diphthérie...

Indications chez l'adulte.

Végétations assez volumineuses pour provoquer des troubles fonctionnels.

Hypertrophie se compliquant de catarrhe naso pharyngien.

Catarrhe rebelle, et dégénérescence kystique de la bourse de Luschka.

Contre-indications.

Hypertrophie modérée, sans complications (oreilles, larynx).

L'auteur signale encore les insuccès dus :

1) à une opération incomplète ; nécessité du bromure d'éthyle chez l'enfant, de la cocaïne ou menthol chez l'adulte,

2) au manque d'asepsie (champ opératoire, instrument).

Conclusions : n'opérer qu'avec prudence et discernement.

H. RIPAULT.

III. — *LARYNX ET TRACHÉE*

Présence d'un corps étranger dans les voies aériennes pendant une période de neuf mois, par MICHELMORE (*Lancet*, 11 août 1894).

L'observation de Michelmore a trait à un petit garçon de 7 ans qui, soudainement, fut pris, il y a 4 mois (octobre 1893), de vomissements suivis bientôt d'une forte toux paroxystique et d'une expectoration abondante. A l'examen on trouve l'enfant pâle, émacié ; la respiration était accélérée et l'on entendait des ronchus muqueux forts et sonores au devant de la poitrine. Matité à la percussion, bruits respiratoires affaiblis au tiers inférieur des deux bases. La toux était fréquente, il y avait de la dyspnée et de la cyanose. L'enfant eut plusieurs attaques de broncho-pneumonie, plusieurs fois il fut en danger imminent d'asphyxie. Le 5 juin, 9 mois après le début des accidents, il y eut une crise plus violente que les autres et à la suite d'une forte quinte de toux, le malade expectora comme un gros caillot de sang. Mais en tombant dans la cuvette ce caillot produisit un bruit comme s'il s'agissait d'un corps dur. On l'examina, on le lava, et au centre on trouva un noyau de prune. Après l'expulsion

du corps étranger l'état s'améliora promptement et l'enfant se remit très vite. Ce qu'il y a de remarquable ici (le noyau était long d'un centimètre et demi et pointu), c'est que rien ne vint révéler tout d'abord la présence du corps étranger dans la trachée. Il n'y eut au début aucun symptôme. L'ingestion de prunes remontait au mois d'août, et c'est en octobre seulement que les accidents apparurent. F. HELME.

Sur les anomalies dans la motilité du larynx, par JAMES CAGNEY. (*Lancet*, 16 juin 1894, p. 1491).

L'auteur attribue ces paralysies dissociées, signalées pour la première fois par Rosenbach et Semon, décrites depuis par nombre d'auteurs, à des phénomènes d'inhibition. Sa théorie, assez obscure d'ailleurs, ne s'appuie que sur des considérations purement spéculatives, sans que l'anatomie pathologique ou l'expérimentation soient même invoquées.

C. W. DU BOUCHET.

Quelques cas rares de complications pharyngo-laryngées à la suite de l'influenza, par L. RETHI. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 29 novembre 1894, p. 903).

Une paralysie du nerf récurrent droit chez un homme de 58 ans fut observée à la suite d'une grippe qui n'avait présenté au début rien d'anormal. Cette paralysie persista pendant trois semaines ; au bout de ce temps l'usage de la strychnine et l'électrisation combinées produisirent la guérison.

Même accident survint chez une femme de 45 ans.

L'auteur a également vu une périchondrite laryngée consécutive à la grippe chez un homme de 18 ans, la guérison eut lieu trois mois plus tard.

Il signale encore un phlegmon du larynx, des ulcérations pharyngées, une sorte de pharyngite fibrineuse siégeant au niveau des amygdales, etc. C. HISCHMANN.

Cas d'hémoptysie et d'emphysème sous-cutané à la suite de fracture d'un larynx nécrosé, par GEO. S. MIDDLETON (*Glasgow medical journal*, novembre 1894).

Cette observation relative à un malade de 70 ans, qui fit un choc léger sur le cou, est intéressante en ce que :

1° La maladie du larynx resta toujours latente et, durant la vie du malade, ne se manifesta par aucun signe ;

2° Un léger accident précipita la fracture du cartilage laryngé nécrosé ;

3° La production d'une hémoptysie et d'un emphysème sous-cutané sont rarement le résultat d'une telle cause. P. G.

Quelques considérations sur la laryngite sèche, par LACOARRET (*Revue de laryngologie*, 1er décembre 1894).

Toujours consécutive à une rhino-pharyngite sèche, l'affection se caractérise par la production de croûtes adhérentes aux bandes ventriculaires et au bord libre des cordes ; la muqueuse sous-jacente, sèche et amincie, saigne facilement ; d'où petites hémoptysies à répétition ; enfin état parétique des cordes.

La voix est altérée, surtout le matin avant l'expulsion des mucosités, rejetées par de violentes quintes de toux, souvent suivies de nausées et vomissements ; la gêne respiratoire peut être assez marquée.

Le processus laryngé peut se propager aux bronches : d'où bronchite chronique et bronchectasie.

Le diagnostic est surtout à faire avec la laryngite tuberculeuse au début ; il se fonde sur une auscultation négative, un état général bien conservé, la marche des accidents.

L'ozène laryngo-trachéal a pour lui son odeur particulière.

Le pronostic, bénin en soi, est assombri par la ténacité des accidents, et leur récidive trop facile.

Le traitement s'attaque au nez et au pharynx ; le larynx est soigné par des pulvérisations et attouchements astringents et caustiques (nitrate d'argent) ; le traitement général par les sulfureux, balsamiques, est à conseiller. RIPAULT.

Paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde, par BOULAY et MENDEL (*Arch. générales de médecine*, décembre 1894).

En raison de sa rareté, comparativement aux autres complications de la fièvre typhoïde, ce sujet méritait une étude particulière qui a été faite récemment par les auteurs : 17 cas, dont quelques-uns personnels à l'un des auteurs, ont servi à l'élaboration de ce petit mémoire. C'est, la plupart du temps, au moment de la défervescence et même pendant la convalescence que se produisent ces paralysies, quelquefois on peut les choisir pendant la période fébrile. Toutes les formes de paralysies peuvent

survenir ; mais les plus fréquemment observées ont été les paralysies de dilatation et la trachéotomie est devenue nécessaire chez quelques malades ; la canule, chez la plupart, ne put être retirée ; puis viennent ensuite, par ordre de fréquence, les paralysies de constriction. La pathogénie de ces complications serait très obscure et l'anatomie pathologique ne semble pas avoir éclairé ce côté de la question qui mériterait des études plus approfondies que les auteurs n'ont pu faire.

A. G.

Paralysie des abducteurs au cours de la syphilis tertiaire, par M. Boulay et H. Mendel. (*Archiv. intern. de laryngologie.* Tome VII, n° 4, p. 233, juillet-août 1894.)

Homme de 50 ans, prend la syphilis en 1888. Un an après, ébauche de paraplégie spasmodique. En 1892, hémiplégie droite subite ; simultanément, il perd la parole ; pendant huit jours, aphonie complète, puis la voix revient peu à peu, mais de nouveau s'altère pour prendre les caractères qu'elle présente encore maintenant. En 1894, outre une exagération des réflexes rotuliens, une légère impotence des membres droits, et une paralysie complète de la troisième paire droite développée depuis trois semaines, il existe manifestement des troubles phonatoires et respiratoires. La voie est eunuchoïde, un peu enrouée, le malade ne peut crier, et quand il a parlé quelques instants, sa voix se perd. En outre, il y a un léger degré de dyspnée d'effort.

Le laryngoscope montre des cordes vocales, d'aspect normal, mais complètement immobiles, ne laissant entre elles qu'un espace de trois millimètres environ au niveau des apophyses vocales ; pendant les efforts de phonation, les aryténoïdes exécutent un léger mouvement d'adduction d'un millimètre environ, les cordes se tendent incomplètement, et n'arrivent pas tout à fait au contact.

L'iodure de potassium a guéri la paralysie de la troisième paire mais est resté sans influence sur les troubles laryngés.

Les auteurs rejettent l'hypothèse d'un spasme des adducteurs : constatant chez leur malade des paralysies diverses, telle que celle du moteur oculaire commun, du thyro-aryténoïdien interne, ils concluent par analogie à l'existence d'une paralysie des abducteurs.

Les résultats respectifs de l'examen du cou et du médiastin, la bilatéralité de ces paralysies leur font admettre à cette para-

lysie une cause centrale : soit une pachyméningite péri-bulbaire syphilitique, soit une plaque de sclérose sur le plancher du quatrième ventricule.

M. L.

Périchondrite aryténoïdienne, suite de fièvre typhoïde. Ankylose crico-aryténoïdienne. Sténose du larynx, par VERGNIAUD (*Revue de laryngologie,* 1er décembre 1894).

Au cours de la convalescence, accidents respiratoires à marche rapide, nécessitant la trachéotomie.

Plus tard, on trouve à l'examen : tuméfaction notable et immobilité des deux aryténoïdes ; excursions très restreintes des deux cordes ; par un traitement simple (topiques astringents, faradisation), amélioration progressive très marquée de l'état local (voix, respiration redevenant en grande partie laryngée) et général.

L'auteur espère compléter ces résultats par la dilatation du larynx, et la révulsion ignée sur l'aryténoïde immobile.

H. RIPAULT.

Laryngite et pachydermie, par le Dr PAUL RAUGÉ (Challes) (Communication au Congrès français de médecine interne, 1re session, Lyon, 25 octobre 1894).

Le 27 juillet 1887, R. Virchow, à propos d'une observation devenue historique, signalait à la Société de médecine de Berlin une altération particulière de la muqueuse laryngée, qu'il proposait de désigner sous le nom de *pachydermie du larynx.* Il distinguait, dans cette affection nouvelle, deux formes anatomiques différentes : la première, pachydermie *circonscrite* ou *verruqueuse*, était essentiellement constituée par l'accumulation des couches épithéliales et par leur transformation épidermique, au niveau d'un point limité généralement situé à la partie moyenne ou antérieure des cordes vocales. L'autre, pachydermie *diffuse*, s'étendait généralement à toute la surface des cordes vocales, mais avec une prédominance marquée au niveau des apophyses vocales et de l'espace inter-aryténoïdien : elle était caractérisée à ce niveau par une production très spéciale, une sorte de mamelon siégeant au niveau de l'apophyse vocale et présentant, vers son milieu, une dépression elliptique en forme de cupule. Au point de vue histologique, cette seconde

variété, était comme la précédente, caractérisée par une prolifération épithéliale avec épidermisation manifeste et transformation cornée des couches superficielles. Mais, à l'inverse de la forme circonscrite, celle-ci montrait constamment un épaississement plus ou moins marqué du chorion indiquant la participation de cette couche aux altérations de l'épithélium.

Malgré l'intérêt qui s'attache à ces descriptions très exactes, la création de Virchow et le mot dont il la désigne ont jeté une confusion fâcheuse dans des choses jusque-là très simples. On a cru reconnaître dans la pachydermie laryngée une maladie essentielle et distincte, quand il fallait n'y pas voir autre chose que la description anatomo-pathologique plus précise de lésions anciennement connues. La pachydermie circonscrite n'est en effet pas autre chose que le papillome classique. Quant à la forme diffuse, c'est une des manifestations multiples de l'inflammation chronique sur la muqueuse laryngée : c'est la cutanisation de cette muqueuse sous l'action d'irritants mécaniques ou des pressions qui se produisent aux points de contact des cordes ou des apophyses vocales : c'est un durillon du larynx. Cette transformation épidermoïdale n'est qu'un cas particulier d'un fait général qui se produit sur toutes les muqueuses soumises à des irritations prolongées. La désignation créée par Virchow n'a pas seulement le tort de donner une idée étymologique très fausse de la chose qu'elle veut exprimer : elle a celui, beaucoup plus grave, de grouper sous un titre commun deux états absolument distincts et de donner à un simple détail anatomo-pathologique le relief exagéré d'une individualité nosographique.

Sur les manifestations laryngées provoquées par un anévrysme se développant dans le thorax, par Michael Grossmann (*Archiv. für Laryng. u. Rhin.* Bd. II, Hft. 2, p. 254, 1894).

Traube diagnostiqua le premier au laryngoscope la paralysie d'une corde vocale, par suite de la compression du nerf laryngé inférieur par un anévrysme de l'arc aortique.

C'était l'explication scientifique de la mystérieuse *vox anserina* des anciens et la démonstration, *de plano*, de l'utilité du laryngoscope au point de vue du diagnostic général.

Le fait est aujourd'hui si connu, qu'il est devenu banal et cependant le cas de Traube n'était que le dénouement du processus pathologique provoqué par l'anévrysme sur le nerf récurrent.

A priori, on peut penser qu'avant la paralysie il y a eu, de la part du nerf, une certaine réaction. Même lorsqu'on coupe le récurrent, il se produit une réaction rapide qui se traduit dans le larynx ; pourquoi n'en serait-il pas à plus forte raison de même, dans un processus où l'irritation mécanique ne se somme que lentement, qui agit souvent par à coup.

Les manifestations se produisent au début du processus de compression, c'est-à-dire avant qu'il ait atteint son point culminant, avant que les cordes vocales soient totalement paralysées, avant que l'anévrysme thoracique ne soit accessible à l'auscultation ou à la percussion, nous ne savons que peu de choses, pour ne pas dire rien, de ce qui se passe dans le larynx. Chez un malade soupçonné d'anévrysme de l'aorte en raison d'accès dyspnéiques et de paralysie de la corde vocale gauche, G. diagnostiqua un anévrysme de l'aorte échappant, en raison de son faible volume, aux autres moyens d'investigation. Le malade était enroué. Quelques jours après, examinant à nouveau le malade, G. ne trouva plus de paralysie. Or, l'aspect d'une corde paralysée est tellement typique qu'on ne saurait guère admettre d'erreur d'observation de la part de l'auteur.

D'autre part, cette rapide disposition de la paralysie non encore indiquée, sauf pour certaines formes myopathiques ou rhumatismales de paralysie vocale.

Quelques jours après, réapparition de la paralysie. Pendant un an survinrent quelques accès de suffocation suivis de paralysie vocale, tantôt passagère, tantôt d'assez longue durée ; peu à peu les symptômes de l'anévrysme de l'aorte devenaient de plus en plus nets. Finalement, la paralysie de la corde s'installa définitive et complètement disparurent les accès de suffocation.

Depuis cette époque, G. s'informa, auprès des malades atteints d'anévrysme, s'ils n'avaient pas eu pendant des mois, des années, des accès de suffocation à retour périodique.

Il put se convaincre que beaucoup de malades avaient ces accès même au repos, sans aucun effort physique préalable.

Or, ces accès si caractéristiques sont connus depuis longtemps par les médecins et considérés tantôt comme un spasme bronchique ou comme une dyspnée cardiaque.

Or, les spasmes bronchiques, qui interrompent de temps en temps l'évolution des compressions trachéales et bronchiques, aggravent il est vrai la dyspnée, mais ne laissent jamais après leur disparition une respiration libre, normale.

L'action de l'anévrysme sur le nerf récurrent est de même

ordre que celles des excitations mécaniques, chimiques, thermiques ou électriques sur un nerf quelconque.

Avant d'annihiler complètement le nerf, l'anévrysme, pendant un temps plus ou moins long, ne fait que l'irriter mécaniquement ; tant que la pression est faible, il se produit un spasme de la glotte et non une paralysie.

Le laryngospasme ne peut donc guère manquer au début de l'évolution d'un anévrysme voisin du nerf récurrent, c'est pour cela que les accès de suffocation relevant d'un spasme glottique revenant périodiquement, surtout lorsqu'on ne peut trouver d'autres causes à l'accès, même lorsque la percussion et l'auscultation ne donnent aucun renseignement, doivent faire penser à un anévrysme se développant au voisinage du nerf récurrent.

A plus forte raison, lorsqu'à la suite d'un accès de suffocation apparait une paralysie vocale transitoire.

Il y a là un processus sensiblement analogue à celui décrit par Charcot sous le nom de crise laryngée tabétique. La différence est que l'excitation est alors centrale. Il est vraisemblable que les autres tumeurs du médiastin (goître sous-sternal, lymphome, cancer de l'œsophage, corps étrangers de l'œsophage, etc.) peuvent produire les mêmes phénomènes.

Sous le nom de laryngospasme, on désigne toujours un état dans lequel la glotte est presque toujours fermée par suite du rapprochement spasmodique des *deux* cordes vocales. Il n'y a cependant aucun doute que l'excitation d'une *seule* corde vocale peut amener un accès dyspnéique intense et les manifestations du spasme laryngé. On doit donc penser que le nerf laryngé inférieur n'est pas un nerf purement moteur, qu'il contient des fibres sensibles, à la vérité peu nombreuses, dont l'excitation mécanique provoque certains réflexes. Néanmoins, on ne doit pas oublier que l'adduction spasmodique sur la ligne médiane d'une *seule* corde vocale, provoque par elle seule une sténose du larynx qui amène une dyspnée d'autant plus forte que l'adduction est plus rapide et plus immédiate.

PAUL TISSIER.

III. — *ŒSOPHAGE, CORPS THYROIDE, etc.*

Un mot d'histoire sur le muscle élévateur de la glande thyroïde de Samuel Sœmmering ou muscle thyro glandulaire de Juvara, par SEBILEAU. (*Bulletin de la Société anatomique,* de Paris, 1894, p. 911).

Juvara a décrit, en 1894, dans ces mêmes Bulletins, p. 728, un petit muscle tendu entre le cartilage thyroïde et l'isthme du corps thyroïde, et il a prétendu que les auteurs classiques ne signalaient point ce muscle : dans cette note, Sebileau se propose de rectifier cette assertion et de prouver que cette description a été faite par Lauth, de Strasbourg, en 1835, par Testut en 1887, par Debierre en 1890, par Beaunis et Bouchard et enfin de nouveau par Testut en 1893, dans son traité d'anatomie humaine. Ce dernier auteur signale enfin une description bien antérieure de ce petit muscle dans les œuvres de Sœmmering et de Winslow et plus récemment il l'avait été dejà par Walsham et Macalisher. Sebileau pense enfin qu'il était inutile de changer le nom très suffisant, au point de vue de l'action des muscles, *d'élévateur de la glande thyroïde* de Sœmmering contre celui de *thyro-glandulaire* de Juvara.

A. G.

Etude histologique de la greffe thyroïdienne, par CRISTIANI. (*Bulletin de la Société de biologie*, 1894, p. 716).

Cette opération, que l'auteur a pratiquée chez le rat un certain nombre de fois, après la thyroïdectomie, a sauvé toujours l'animal des suites de privation du corps thyroïde. Les coupes histologiques que l'auteur a faites sur l'organe greffé à des moments plus ou moins éloignés de l'époque où cette greffe a été pratiquée lui ont démontré que l'organe se régénérait complètement, qu'il ne s'atrophiait jamais et qu'enfin le tissu thyroïdien se reconstituait complètement. Cette reconstitution commençait à la périphérie pour s'avancer vers les centres de l'organe, et elle était à peu près complète vers le 3e mois.

A. G.

Influence des extraits thyroïdiens sur la nutrition, par Charrin. (*Bulletin de la Société de biologie*, 1894, p. 858).

Après avoir administré ces sucs à des animaux, des lapins par exemple, l'auteur constata un amaigrissement consécutif. Chez des malades de son service, très obèses et assez myxœdémateux, il obtint le même résultat; au bout de 10 mois de traitement, le poids d'un malade tombe de 131 kilos à 112. Quand on suspendait le traitement, l'obésité se remontrait. Peu de modification des urines, un peu de polyurie et légère cysturie.

A. G.

Action toxique de l'extrait thyroïdien, par Gley. (*Bulletin de la Société de biologie*, décembre 1894, p. 82).

L'injection de ce suc, faite sous la peau d'un chien, a donné lieu à des accidents graves, *engourdissement*, *sommeil*, accidents qui devenaient plus graves, *coma*, *convulsions*, *mort*, quand on avait recours à des injections intra-veineuses ou péritonéales. D'autres auteurs n'ont rien vu d'anormal à la suite des injections hypodermiques (Horsley). Chez le lapin, Gley n'a non plus observé aucun effet; quelquefois, au contraire, chez le chien, l'auteur a vu des phénomènes graves se présenter, *trouble dans la marche*, *contracture*, *chute* et *sommeil*, mais tous ces signes étaient passagers. Chez des animaux à qui il faisait des injections pendant quelque temps, Charrin a vu de l'amaigrissement se produire; chez l'homme on a vu aussi des accidents de ce genre à la suite d'injections répétées de doses assez fortes de corps thyroïde.

A. G.

Goître expérimental par injections sous cutanées d'extrait thyroïdien, par G. Ballet et E. Enriquez. (*Bullet. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, n° 33, p. 805, 22 novembre 1894).

Chien soumis à l'hyperthyroïdisation au moyen d'injections sous-cutanées d'extrait glycériné de corps thyroïdes de mouton, préparé selon la formule de d'Arsonval. Pendant quatorze jours, l'animal reçoit seize centimètres cubes d'extrait; durant cette série d'injections, il présente de la fièvre, de la tachycardie, de la diarrhée, des crises de tremblement, et surtout, fait important, un gonflement très notable du cou, dû à la tuméfaction du

lobe droit du corps thyroïde. Au treizième jour, les injections furent supprimées, le gonflement du corps thyroïde commença à diminuer pour s'effacer complètement sept jours après la cessation des injections.

Le chien fut alors soumis à une nouvelle série d'injections : de nouveau reparut le gonflement du lobe droit du thyroïde sans expansion ni bruit de souffle à l'auscultation.

M. L.

Cancer primitif de la glande thyroïde, par M. Letulle. (*Presse médicale*, n° 34, p. 269, 25 août 1894).

Femme de cinquante-huit ans, admise à l'hôpital pour un œdème douloureux occupant la totalité du membre supérieur droit. Cinq semaines auparavant, les accidents avaient commencé par de violentes coliques généralisées à tout l'abdomen : ces accidents se calmèrent. Mais, quatre jours avant son entrée, la malade eut une nouvelle crise douloureuse, et le lendemain matin, constata, en s'éveillant, que son bras droit était impotent, gonflé et douloureux.

A l'entrée, le diagnostic de phlébite de la veine sous-clavière droite s'imposait ; comme il n'existait pas d'œdème de la face, L. en conclut que la lésion devait exister au-dessus du médiastin ; et il admet un cancer ganglionnaire comprimant la sous-clavière.

Recherchant le cancer viscéral primitif, L. trouva, dans la fosse iliaque droite, une masse arrondie du volume d'une tête de fœtus à terme ; il supposa, tout en restant dans le doute, l'existence d'une masse cancéreuse, intestinale, epiploïque et cœcale. Six semaines plus tard, la malade succomba à la cachexie progressive.

A l'autopsie, on trouva une thrombose de toute l'étendue de la veine jugulaire interne et de la veine sous-clavière droite : le tronc veineux brachio-céphalique droit était englobé au milieu de masses ganglionnaires cancéreuses, l'enserrant dans sa totalité. Le cancer primitif fut retrouvé dans le corps thyroïde où il existait trois noyaux de la grosseur d'une noisette, blanc grisâtres, pulpeux, entourés d'une zone fibroïde. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un cancer du corps thyroïde, très circonscrit dans la glande, mais largement généralisé par les voies lymphatiques.

La tumeur abdominale sentie pendant la vie était un myxôme utérin.

De très belles planches illustrent cette intéressante observation.

M. L.

Thyroïdite suppurée à pneumocoques Talamon-Fraenkel, par Durante. (*Bulletin de la Société anatomique*, p. 548, juillet 1894).

Complication survenue dans la convalescence d'une pneumonie franche. Cette complication guérit assez rapidement par l'incision de l'abcès. Le pus fut examiné, il était vert et bien lié et il contenait des pneumocoques très caractérisés de Talamon-Fränkel. Le sang contenait aussi des microbes. Ces derniers, inoculés à une souris, amenaient la mort de l'animal en 36 heures. L'auteur attire l'attention sur la rareté de ces observations.

A. G.

Un nouveau cas de myxœdème guéri par l'alimentation thyroïdienne. Le thyroïdisme dans ses rapports avec la maladie de Basedow et avec l'hystérie, par A. Béclère. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*. IIe année, n° 28, p. 631, 18 octobre 1894).

L'intérêt très grand de cette observation réside dans l'apparition de phénomènes constituant le thyroïdisme, se développant à mesure que s'atténuaient les phénomènes myxœdémateux et manifestement dès l'ingestion en excès de l'aliment curateur. A la suite d'une semaine où le malade avait ingéré 72 grammes de corps thyroïde de mouton frais, se développèrent peu à peu tous les signes de la maladie de Basedow: tachycardie, tremblement, exophtalmie, etc.; au milieu de ces accidents, sous l'influence d'une émotion, et sans que le malade présentât aucun stigmate d'hystérie antérieur, se montra une aphasie passagère avec monoplégie hystérique du bras droit. B. rapproche ce syndrome de Basedow artificiel de la maladie de Basedow spontanée: thyroïdisme alimentaire dans un cas, autothyroïdisme dans l'autre, le résultat est le même. La maladie de Basedow doit donc quitter le cadre des névroses pour entrer dans celui des auto-intoxications: et le poison thyroïdien peut, au même titre que le plomb et le mercure, évoquer l'apparition d'une hystérie toxique.

La tachycardie du syndrome de Basedow montre que le suc thyroïdien, ingéré ou secrété à hautes doses, est un poison du cœur ; et la mort par asystolie ou par syncope a plus d'une fois été notée au cours du goître exophtalmique. Parallèlement, on a signalé en Angleterre plusieurs cas de mort par syncope au début du traitement thyroïdien. Par conséquent, la fréquence et l'excitabilité des battements cardiaques est un signe qui doit guider le clinicien dans le traitement du myxœdème par l'ingestion de glandes thyroïdes de mouton, et le mettre en garde contre l'apparition prochaine d'accidents plus graves. M. L.

Diverticulum de l'œsophage, par VIGOT. (*Congrès de l'assoc. franc. pour l'avancement des sciences*, août 1894).

L'auteur a trouvé à l'autopsie d'un supplicié un diverticulum de l'œsophage siégeant à la partie antérieure et moyenne de l'organe. D'une forme conique, ce diverticulum se dirigeait en bas et en avant et s'insinuait dans l'espace inter-trachéo-bronchique. Il se tendait quand on attirait la trachée en avant et il était croisé inférieurement par les artères pulmonaire et bronchique droites et par l'azygos. Sectionné, sa lumière était circulaire. Quant à son origine, l'auteur le croit congénital : il n'y avait aucune cause de compression extérieure, aucune autre altération de l'œsophage. G. LAURENS.

Diverticule pulsatile de l'œsophage, par KLEMPERER. (*Société de médecine interne de Berlin*, 11 juin 1894).

L'auteur présente un malade porteur d'un diverticule pulsatile de l'œsophage. Il s'est développé depuis deux ans, et forme un sac appendu à la partie supérieure de l'œsophage, sac dans lequel s'engagent tous les aliments.

Landgraf fait observer que si les malades peuvent manger lentement, il n'y a pas de complication à craindre. Leyden, qui a observé plusieurs cas de ce genre, attribue la toux, que l'on a parfois signalée, à l'irritation des branches périphériques du pneumogastrique. G. LAURENS.

Vice de conformation de l'œsophage, par FUNCK BRENTANO. (*Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1894, p. 638).

L'enfant vécut 10 jours, il mourut avec des symptômes de broncho-pneumonie. A l'autopsie, imperforation du conduit œso-

phagien, à 10 centimètres de l'orifice buccal au niveau de la 3e vertèbre dorsale; en disséquant on voit que l'œsophage, par son fragment inférieur, s'ouvrait dans les voies bronchiques. L'estomac était plein de sang, ce qui expliquait les efforts de vomissement dans les derniers jours.

A. G.

Tumeur vermineuse de l'œsophage, par Hallion. (*Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1894, p. 657).

En faisant l'autopsie d'un chien, le présentateur trouva, sur le trajet de l'œsophage et tout le long de ce conduit, de petites tumeurs de volume variable, sessiles, formées de tissu fibreux compact et ayant au dedans un paquet de petits vers lombricoïdes.

A. G.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Ramond. (*Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1894, p. 665).

L'intérêt de cette présentation de pièce anatomique ne gît pas dans l'aspect et le caractère de la tumeur, mais dans ce que le malade, suivi à deux reprises, présente la première fois des signes d'amélioration tels, sous l'influence du cathétérisme et du traitement spécifique, qu'on crut à la guérison ; mais un mois après il revint succomber dans le service d'hôpital avec tous les signes physiques et généraux de la maladie : ce fait est probablement un exemple de rémission dans la marche de l'épithélioma, rémission que nous avons observée plus d'une fois.

A. G.

Sur la coexistence du goître exophtalmique et de la sclérodermie, par E. Jeanselme (*Mercredi médical*, 2 janvier 1895).

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 58 ans, présentant tous les signes d'un goître exophtalmique, greffé sur un goître ancien probablement d'origine endémique. En outre, depuis deux ans elle est atteinte de sclérodermie : sclérodactylie, masque caractéristique, troubles sensitifs, trophiques et sécrétoires, etc. Il est peu vraisemblable, dit l'auteur, qu'il y ait pure coïncidence entre les deux affections. Il est possible qu'elles

dérivent d'une même cause sans qu'il existe entre elles aucune subordination ; cette opinion est soutenable, car le goître exophtalmique et la sclérodermie ont une prédilection marquée pour le terrain névropathique. Il se peut enfin qu'il y ait une relation de cause à effet entre l'altération thyroïdienne et la sclérose cutanée. Des recherches récentes ont montré les liens étiologiques qui relient le goître exophtalmique au myxœdème ; d'autre part, J. démontre que le myxœdème et la sclérodermie sont deux affections sinon identiques, du moins très voisines au point de vue nosographique. Il en conclut que les relations existant entre ces trois maladies permettent de les ranger sans invraisemblance parmi les dystrophies à point de départ thyroïdien, en tout cas que la sclérodermie peut s'associer au goître exophtalmique.

G. LAURENS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMÉRIQUE

Nez.

W. C. Braislin. Le rhumatisme et la gorge : contribution à l'étiologie du catarrhe naso-pharyngien. Etude clinique (*N. Y. med. journ.*, 22 avril 1893).

W. Vulpius. Un nouvel instrument nasal (*N. Y. med. journ.*, 22 avril 1893).

H. B. Douglas. A propos des affections malignes du nez (*N. Y. med. rec.*, 13 mai 1893).

F. F. Casseday. Thérapeutique du nez et de la gorge (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril 1893).

J. A. Campbell. Embout nasal modifié pour les insufflations de Politzer (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril 1893).

G. W. Caldwell. Deux nouvelles opérations pour l'obstruction du canal nasal, avec préservation des canalicules et description d'une nouvelle sonde lacrymale (*N. Y. med. journ.*, 27 mai et 21 octobre 1893).

Spear. La voix chantée améliorée par le traitement nasal (*Boston med. and surg. journ.*, 6 avril 1893).

A. H. Tuttle. Quelques observations sur le traitement des affections du nez et de l'oreille moyenne (*Boston med. and surg. journ.*, 13 avril 1893).

W. Scheppegrell. Influence des déformations de la cloison sur les affections de l'oreille et de la gorge (*New-Orléans med. and surg. journ.*, juin 1893).

E. J. Birmingham. De quelle façon le praticien peut soigner le catarrhe nasal chronique (N. Y. State med. ass. 22 mai ; in *N. Y. med. rec.*, 15 juillet 1893).

W. Freudenthal. Deux polypes kystiques du cornet moyen (*Arch. of otol.* Vol. XXII, nº 3, juillet 1893).

H. Knapp. Mucocèle et empyème des cellules ethmoïdales et des sinus sphénoïdaux causant un déplacement du globe de l'œil ; opération par l'orbite (*Arch. of otol.* Vol. XXII, nº 3, juillet 1893).

G. F. Keifer. Un cas d'hydrorrhée nasale (*N. Y. med. journ.*, 22 juillet 1893).

W. Freudenthal. Massage interne dans les affections du nez et de la gorge (*N. Y. med. rec.*, 22 juillet 1893).

C. E. Teets. Traitement de la rhinite chronique par l'homéopathie (*Journ. of opht. otol. and lar.*, juillet 1893).

J. Wolfenstein. Un cas d'empyème aigu de l'antre d'Highmore d'origine nasale (*N. Y. med. journ.*, 5 août 1893).

S. Johnston. Un cas de polype nasal pénétrant dans le naso-pharynx (*N. Y. med. journ.*, 5 août 1893).

J. E. Newcomb. Electrolyse dans certaines affections du septum nasal (*N. Y. med. rec.*, 5 août 1893).

J. Dunn. Un cas de rhinite membraneuse unilatérale (*N. Y. med. journ.*, 26 août 1893).

G. W. Major. Une méthode perfectionnée de drainage de l'antre d'Highmore (*N. Y. med. journ.*, 19 août 1893).

C. C. Rice. Emploi de l'ozone dans le catarrhe atrophique (*N. Y. med. journ.*, 19 août 1893).

F. C. Cobb. Un cas d'angiôme du septum nasal (Section of lar. and rhin. of the Pan. Amer. med. Congress Washington, 6 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 23 septembre 1893).

C. W. Richardson. Un cas de myxo-sarcôme du nez (Section of lar. and rhin. of the Pan Amer. med. Congress Washington, 6 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 23 septembre 1893).

J. E. Logan. Sarcôme du naso-pharynx (Sect. of lar. and rhin. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 6 septembre, in *N. Y. med. rec.*, 23 septembre 1893).

D. Bryson Delavan, Price Brown, J. O. Rœ, S. S. Koser J. E. Logan. J. H. Bryan. E. F. Ingals et **J. N. Mackenzie** Traitement local et général du *hay fever* (Sect. of lar. and rhin. of the Pan Amer. med. Congress, Washington, 6 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 23 septembre 1893).

W. H. Bates. Nouveaux instruments pour l'ablation du tissu adénoïde (*N. Y. med. rec.*, 2 septembre 1893).

S. K. Merrick. Observations de quelques formes de réflexes du nez (Sect. of lar. and rhin. of the Pan Amer. med. Congress, Washington, 5 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 9 septembre 1893).

J. O. Rœ. Epilepsie réflexe d'une affection intra-nasale (Sect. of lar. and rhin. of the Pan Amer. med. Congress, Washington, 5 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 9 septembre 1893).

J. Mount Bleyer. Alumnol dans les affections du nez et de la gorge (Sect. of lar. and rhin. of the Pan Amer. med. Congress. Washington, 5 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 9 septembre 1893).

A. G. Hobbs. Moyens les plus faciles et les plus pratiques pour pratiquer la galvanocaustie dans les cas d'hypertrophie des cornets (Sect. of lar and rhin. of the Pan Amer. med. Congress, Washington, 5 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 9 septembre 1893).

E. Mansel Sympson. Végétations adénoïdes du naso-pharynx (*Arch. of pediatrics*, septembre 1893).

C. E. Sajous. Notes sur la pathologie de la rhinite hyperesthésique périodique (*hay fever*) et son traitement par l'acide acétique glacé (*Universal med. journ.*, septembre 1893).

C. Cox. Traitement de la rhinite atrophique (*Brooklyn med. journ.*, septembre 1893).

J. C. Mulhall. Rhinite œdémateuse (*N. Y. med. journ.*, 14 octobre 1893).

A. W. de Roaldès. Cas alarmants d'épistaxis d'origine grippale, et dangers du tamponnement post-nasal (*N. Y. med. rec.*, 14 octobre 1893).

W. Scott Renner. Kystes des cavités nasales (*Buffalo med. and surg. journ.*, octobre 1893).

J. E. Newcomb. Un cas mortel d'hémorrhagie consécutive à l'ablation de tumeurs adénoïdes de la voûte naso-pharyngienne (*Amer. journ. of med. sciences*, novembre 1893).

P. J. Gibbons. Adénotome pour l'ablation des végétations adénoïdes (*N. Y. med. journ.*, 21 octobre 1893).

Oaks. Diagnostic différentiel et traitement des suppurations des cavités accessoires du nez (*Med. news*, 2 septembre 1893).

Hardie. Traitement des végétations adénoïdes (*North amer. pract.*, mai 1893).

J. Wright. Quelques remarques sur la structure des polypes œdémateux du nez (*N. Y. med. journ.*, 4 novembre 1893).

J. W. Farlow. Deux cas de tuberculose nasale (*N. Y. med. journ.*, 4 novembre 1893).

G. W. Caldwell. I. Eclairage par transparence des sinus accessoires du nez. — II. Affections des sinus accessoires du nez et méthode perfectionnée de traitement de la suppuration de l'antre maxillaire (*N. Y. med. journ.*, 4 novembre 1893).

H. W. Loeb. Quelques observations de céphalalgie nasale (Mississipi Valley med. ass. ; in *N. Y. med. journ.*, 4 novembre 1893).

M. Herzog. Tuberculose de la muqueuse nasale; dix nouvelles observations (*Amer. journ. of med. sciences*, décembre 1893).

R. C. Myles. I. Exostose et nécrose du vomer. — II. Myxôme du nez (New-York pathol. soc. 27 septembre, in *N. Y. med. rec.*, 25 novembre 1893).

H. Suchannek. Contribution à l'anatomie microscopique des cavités nasales chez l'homme, particulièrement de la membrane olfactive (*Arch. of otol.* Vol. XXII, n° 4, octobre 1893).

E. A. Scott. Spéculum nasal aseptique (*N. Y. med. journ.*, 9 décembre 1893).

T. L. Shearer. Le cautère électrique dans les affections du nez et de la gorge (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, octobre 1893).

W. A. Dunn. Epithélioma du nez (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, octobre 1893).

E. E. Koeler. Atrésie externe du nez (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, octobre 1893).

J. B. Garrison. Faradisme dans le traitement de la rhinite catarrhale atrophiante chronique (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, octobre 1893).

W. D. Thomas. Quelques remèdes destinés au traitement du catarrhe nasal (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, octobre 1893).

I. Townsend. Rhinite hypertrophique (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, octobre 1893).

J. Dunn. Guérison de cas de rhinite atrophique (*N. Y. med. journ.*, 23 décembre 1893).

G. E. Brewer. Valeur hémostatique du peroxyde d'hydrogène (*N. Y. med. journ.*, 23 décembre 1893).

Parker Syms. Une méthode de rhinoplastie (*N. Y. med. journ.*, 16 décembre 1893).

C. G. Jennings. Traitement des maladies du nez et de la gorge chez les enfants et chez les jeunes enfants (*Arch. of pediatrics*, janvier 1894).

C. C. Rice. Memorandum rhinologique (*Arch. of pediatrics*, janvier, février et mars 1894).

F. Huber. Végétations adénoïdes chez les enfants (*Arch. of pediatrics*, janvier 1894).

G. F. Keiper. Un noyau de cerise dans le nez. Rhinolithe ; extraction (*N. Y. med. journ.*, 6 janvier 1894).

Myles. Le nez et l'asthénopie (*N. Y. Acad. of med.*, 21 décembre 1893 ; in *N. Y. med. rec.*, 13 janvier 1894).

Rodman. Affection maligne de l'antre d'Highmore ; opération (*Amer. pract. and news.* n° 12, 1893).

H. Clark. Sarcôme du nez et épithélioma du larynx (N. Y. Acad. of med. Section of lar. and rhin., 27 décembre 1893 ; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

Park. Effet des antiseptiques doux (N. Y. Acad. of med. Sect. of lar. and rhin., 27 décembre 1893 ; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

J. Dunn. Destruction complète des cavités nasales due à la syphilis (*N. Y. med. journ.*, 20 janvier 1894).

J. Dunn. Un cas de tumeur kystique du plancher du nez (*N. Y. med. journ.*, 24 février 1894).

F. B. Kellog. Empyème des sinus accessoires du nez (*Journ. of opht. otol. and lar.*, janvier 1894).

C. Gurnee Fellows. Syphilis nasale (*Journ. of opht. otol. and lar.*, janvier 1894).

Bates. Nouvelle méthode pour le traitement du catarrhe naso-pharyngien chronique (*Med. news*, 20 janvier 1894).

Roberts. Végétations adénoïdes chez l'enfant (*N. Y. eye and ear. infirm. reports*, janvier 1894).

H. Knapp. I. Extraction d'un séquestre et d'une dent du plancher du nez. — II. Kyste séro-muqueux dans le voisinage du nez ; observation (*Arch. of otol.* Vol. XXIII, n°s 1 et 2, 1894).

W. S. Jones. Tumeurs malignes particulières du nez et de la bouche (*Therap. gaz.*, 15 mars 1894).

R. Levy. Sarcôme nasal inopérable (*N. Y. med. journ.*, 17 mars 1894).

E. Harrison Griffin. Occlusion de l'espace rétro-nasal par une adhérence syphilitique (*N. Y. med. journ.*, 24 mars 1894).

E. Harrison Griffin. Observations d'abcès de l'antre d'Highmore et leur traitement (*N. Y. med. rec.*, 31 mars 1894).

G. D. Gregor. Suppuration du sinus frontal (*N. Y. med. rec.*, 31 mars 1894).

J. O. Roe. Traitement des déviations du septum nasal (*N. Y. med. journ.*, 7 avril 1894).

C. C. Rice. I. Obstruction congénitale complète de la narine gauche. — II. Occlusion de la narine gauche (*Arch. of pediatrics*, mai 1894).

J. Wright. Observation de Goethe sur une dent dans le nez (*N. Y. med. rec.*, 19 mai 1894).

S. Freeman Wilcox. Nez artificiel en argent (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril 1894).

F.D. Lewis. Réflexes du nez (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril 1894).

C. H. Knight. Un cas de torticolis consécutif à l'ablation de végétations adénoïdes rhino-pharyngiennes, avec remarques sur les réflexes du nez (*Annals of opht. and otol.*, avril 1894).

R. P. Lincoln. Ablation d'une tumeur naso-pharyngienne au moyen de l'écraseur galvano-caustique. Présentation de cas (*N. Y. med. journ.*, 26 mai 1894).

S. Kohn. Observations sur l'épistaxis et son traitement (*N. Y. med. rec.*, 9 juin 1894).

C. C. Rice. Occlusion de la narine droite (*Arch. of pediatrics*, juin 1894).

Chirurgie des sinus accessoires (Congress of Amer. phys. and surgeons, Washington, 29 mai; in *N. Y. med. journ.*, 23 juin 1894).

J. H. Bryan. Chirurgie du sinus maxillaire (Congress of Amer. phys. and surgeons, Washington, 29 mai; in *N. Y. med. journ.*, 23 juin 1894).

W. E. Casselberry. Polypes du nez associés à l'ethmoïdite; traitement par la résection du cornet moyen (16e congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 30 mai; *N. Y. med. journ.*, 24 novembre 1894).

J. Wright. Hypertrophie papillaire de la muqueuse nasale comparée au papillôme vrai (16e congrès de l'Amer. lar. ass. Wasinghton, 30 mai; *N. Y. med. journ.*, 13 octobre 1894).

C.C. Rice. Emploi des électrodes métalliques dans les affections nasales et rétro-nasales (16e congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 30 mai; *N. Y. med. journ.*, 22 décembre 1894).

T. R. French. Observations sur quelques résultats des opérations tranchantes sur la cloison nasale (16e congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 31 mai; *N. Y. med. journ.*, 1er décembre 1894).

W. H. Daly. De l'opération hâtive dans les affections de l'antre d'Highmore (16e congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 31 mai; *N. Y. med. journ.*, 10 novembre 1894).

A. W. de Roaldès. Odontome folliculaire envahissant l'antre d'Highmore droit et obstruant la fosse nasale correspondante (16e congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 31 mai; *N. Y. med. journ.*, 17 novembre 1894).

H. Allen. Série de crânes de crétins (16e congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 1er juin 1894).

M. L. Foster. Asthénopie due à la pression entre les cornets et la cloison nasale (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

A. E. Adams et **J. E. H. Nichols**. Empyème du sinus frontal avec état particulier. Mort. Autopsie. (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

T. Passmore Berens. Attelles de liège pour les déviations de la cloison nasale (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

H. B. Douglass. Affection maligne du nez (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

C· C. Rice. Inflammation catarrhale des sinus ethmoïdaux et fréquentes attaques de rhinites (*Arch. of pediatrics*, juillet 1894).

Coy. Malformations du nez (*Cincinnati lancet clinic.*, 3 juin 1894).

Morrison. Végétations adénoïdes naso-pharyngées et leur influence sur les affections otiques (*Amer. pract. and news*, 19 mai 1894).

H. Maxon King. Suppuration des sinus accessoires du nez (*N. Y. med. journ.*, 21 juillet 1894).

J. H. Lowrey. Hémorrhagie nasale (*N. Y. med. journ.*, 21 juillet 1894).

F. Le Moyne Hupp. Contribution à la chirurgie rhinoplastique (*N. Y. med. journ.*, 11 août 1894).

L. E. Blair. Quelques nouvelles observations d'asthme réflexe (*N. Y. med. rec.*, 18 août 1894).

S. F. Snow. Tumeurs intra-nasales comme facteurs du catarrhe auriculaire et laryngé (*N. Y. med. record*, 18 août 1894).

J. N. Mackenzie. Mycose aspergillaire de l'antre maxillaire (*N. Y. med. journ.*, 25 août 1894).

R. C. Myles. I. Sarcôme de l'antre d'Highmore. — II. Exostose et ecchondrôme du vomer (*N. Y. path. soc.*, 25 avril; in *N Y. med. rec*, 8 septembre 1894).

J. Dunn. Un cas de carcinôme de l'antre d'Highmore. Polype nasal (*N. Y. med. journ.*, 29 septembre 1894).

W. F. Chappell. Cas de rhinite vaso-motrice ayant pour origine la malaria (*N. Y. med. journ.*, 29 septembre 1894).

F. H. Bosworth. Affections ethmoïdales (*N. Y. med. rec.*, 13 octobre 1894).

W. Scheppegrell. Influence des affections nasales et naso-pharyngées sur d'autres parties du corps (*News Orleans med. and surg. journ.*, août 1894).

W. A. Martin. Un nouveau serre-nœud (*N. Y. med. rec.*, 20 octobre 1894).

J. Franck et **S. Kunz**. Tuberculose du sinus frontal (*N. Y. med. rec.*, 8 novembre 1894).

S. Goldstein. Nouvelle pince nasale (*N. Y. med. rec.*, 3 novembre 1894).

D. Bryson Delavan. I. Pronostic de l'hypertrophie adénoïdienne négligée. — II. Fièvre des foins (Pan American med. Congress, Washington, septembre 1894).

F. C. Cobb. Un cas d'angiome de la cloison (Pan American med. Congress, Washington, septembre 1894).

C. W. Richardson. Myxo-sarcôme nasal (Pan. Amer. med. Congress, Washington, septembre 1894).

J. E. Logan. Observation de sarcôme naso-pharyngien (Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1894).

S. K. Merrick. Observations de quelques formes de réflexes du nez (Pan Amer. med. Congress; Washington, septembre 1894).

J. O. Roe. Epilepsie réflexe d'une affection intra-nasale (Pan Amer. med. Congress, Washington, septembre 1894).

A. Pick. Pathologie et méthodes de traitement de la rhinite atrophique et hypertrophique (catarrhe nasal chronique) surtout au point de vue du praticien (*N. Y. med. journ.*, 17 novembre 1894).

Sommerset. Nouvelle seringue pour nettoyer les narines (N. Y. Acad. of med. in *N. Y. med. rec.*, 17 novembre 1894).

D. N. Rankin. Une nouvelle scie nasale pour l'ablation des hypertrophies des cornets (*N. Y. med. rec.*, 17 novembre 1894).

R. W. Seiss. Résultats éloignés des opérations intra-nasales (*Therap. gaz.*, 15 novembre 1894).

J. Morf. Contribution à la symptomatologie de la rhinite atrophique chronique et de ses rapports avec les affections de l'oreille (*Arch. of otol.* Vol, XXIII, octobre 1894).

F. D. Lewis. Polype nasal (*Journ. of opht. otol. and lar.*, octobre 1894).

E. A. Pyle. Remarques pratiques au sujet de l'épistaxis (*Journ. of opht. otol. and lar.*, octobre 1894).

D. A. Kuyk. Influence de l'occlusion nasale sur le cerveau (*N. Y. med. journ.*, 15 décembre 1894).

J. W. Gleitsmann. Nouveau conchotome (*N. Y. med. journ.*, 15 décembre 1894).

G. M. Black. Nouvel instrument pour le massage vibratoire de la muqueuse nasale (*N. Y. med. journ.*, 22 décembre 1894).

A. Rupp. Perforations du septum nasal ; étiologie, signification, clinique et traitement (*N. Y. med. rec.*, 22 décembre 1894).

NOUVELLES

Le Professeur Verneuil.

Un des maîtres de la chirurgie française, le Prof. Verneuil, a succombé le 11 juin dernier, à Maisons-Laffite, à l'âge de 71 ans. Membre de l'Institut depuis 1887, il avait donné, en 1892, sa démission de Professeur à la Faculté de Médecine. Il a attaché son nom à une quantité considérable de travaux d'anatomie et de pathologie et avait été un des premiers à adopter les théories microbiennes. Il prit part, encore l'hiver dernier, à une discussion de la Société de Chirurgie sur le traitement des polypes naso-pharyngiens.

Tous ceux qui ont approché le regretté Professeur, conserveront le souvenir d'un maître bienveillant et sympathique qui fut d'une probité exemplaire dans l'exercice de sa profession.

Verneuil avait été un des premiers à encourager notre publication de sa haute approbation.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

La *British Medical Association* tiendra à Londres sa 63e réunion annuelle les 30 et 31 juillet, 1er et 2 août 1895.

Section d'Otologie.

Président : Sir W. DALBY ; *Vice-Présidents :* CH. WARDEN, G. P. FIELD, E. CRESSWELL BABER, J. DUNDAS GRANT, E. LAW, C. A. BALLANCE ; *Secrétaires honoraires :* C. E. L. B. HUDSON, 16, Harley Street, W. ; G. C. WILKIN, 39, Weymouth Street, W.

Jeudi, 1er août. — Discussion sur les complications cérébrales en rapport avec les affections de l'oreille moyenne, par MACEWEN. — Traitement de la surdité nerveuse. — Emploi des membranes tympaniques artificielles, par J. WARD COUSINS. — Ablation des cornets dans des cas de surdité et de bourdonnements d'oreilles, par CARMALT JONES. — Relations anatomiques de la membrane tympanique avec quelques remarques sur leur importance pathogénique, par R. LAKE. — Emploi du spéculum pneumatique dans le traitement des maladies d'oreilles, par SATCLIFF.

Section de Laryngologie.

Président : F. SEMON ; *Vice-Présidents :* Sir PHILIP SMYLY, W. MACNEILL WHISTLER, F. DE HAVILLAND HALL, GREVILLE MACDONALD, SCANES SPICER, A. W. SANDFORD ; *Secrétaires honoraires :* J. MIDDLEMASS HUNT, 55, Rodney Street, Liverpool ; ST-CLAIR THOMSON, 28, Queen Anne Street, Londres, W.; E. B. WAGGETT, 66, Park Street, Grosvener Square, Londres, W.

31 juillet. — Etiologie des polypes muqueux du nez, par GUYE (Amsterdam), LUC (Paris), et Mc BRIDE (Edimbourg).

1er août. — Nature infectieuse de l'amygdalite lacunaire, par B. FRANKEL (Berlin) et J. MACINTYRE (Glasgow).

2 août. — Indications pour l'opération radicale précoce des affections malignes du larynx, par BRYSON DELAVAN (New-York) et H. T. BUTLIN (Londres).

Prendront part à la discussion, le 31 juillet : T. MARK HOVELL, R. LAKE, L. H. PEGLER, A. HODGKINSON (Manchester), W. MILLIGAN (Manchester) et CH. WARDEN (Birmingham) ; le 1er août : T. MARK HOVELL, A. HODGKINSON, C. WARDEN et WATSON WILLIAMS (Bristol) ; le 2 août : P. de SANTI, A. HODGKINSON et C. WARDEN.

Opération de la thyrotomie avec un court résumé des cas opérés à St-Bartholomew Hospital pendant ces 15 dernières années, par P. DE

SANTI. — I. Une nouvelle forme de laryngoscope. II. Vibrations de la corde vocale. III. Chordite tubéreuse. IV. Fonction du ventricule laryngé, par A. HODGKINSON. — Anomalies vocales chez les professeurs et, en particulier, des nodules des chanteurs, par W. MILLIGAN. — Un cas de diphthérie non diphthéritique, par SIR PHILIP SMYLY.

Le Prof. MORITZ SCHMIDT (Francfort S/M.) ; les Drs WALKER DOWNIE (Glasgow) et HILLIS (Dublin), ont également annoncé leur présence.

Section de Médecine.

31 juillet. — Discussion sur la diphthérie et son traitement par l'antitoxine (embrassant les points suivants) : 1° Pathologie de la diphthérie et ses suites ; 2° Symptômes et progrès ; 3° Statistiques de la mortalité par le traitement antitoxique ou un autre ; 4° Effet du traitement antitoxique sur l'affection locale, l'état général et les suites ; 5° Effets produits par le traitement antitoxique, par SIDNEY H. C. MARTIN. Ont également promis de prendre part à la discussion : G. SIMS WOODHEAD, E. W. GOODALL, C. MUIRHEAD, A. JOHNSTON.

Traitement intratrachéal, par COLIN CAMPBELL. — Dyspnée goitreuse, par T. W. THURSFIELD.

Section de Chirurgie.

Traitement chirurgical des kystes, tumeurs et cancers de la glande thyroïde et des thyroïdes accessoires, par H. T. BUTLIN (Londres). Prendront part à la discussion : ANNANDALE (Edimbourg), J. BERRY, V. HORSLEY, BOWRRMAN JESSET, C. B. KEETLEY (Londres), KOCHER (Berne), KUMMER (Genève), MACEWEN (Glasgow), R. MORISON (Newcastle on Tyne), MAYO ROBSON (Leeds), W. G. SPENCER, C. J. SYMONDS (Londres), SIR WILLIAM STOKES (Dublin).

Observations d'opérations de tumeurs malignes du nez et du pharynx nasal, par WATSON CHEYNE.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

9e Congrès, 1895.

Le 9e Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 21 octobre 1895, sous la présidence de M. le Dr Eugène BŒCKEL.

La Séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. Chirurgie du poumon (la plèvre exceptée), M. RECLUS, rapporteur.

II. De l'intervention opératoire précoce ou tardive, dans les solutions de continuité des os (crâne et rachis exceptés), M. Heydenreich, rapporteur.

MM. les Membres du Congrès sont priés d'envoyer, le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, Secrétaire général, rue de l'Isly, 8. Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

Le Secrétaire général,
L. Picqué.

SIXIÈME RÉUNION DES OTOLOGISTES ET LARINGOLOGISTES BELGES.

Bruxelles, 16 juin 1895.

Ordre du jour.

Séance du matin.

Présentations de malades, par Capart, Bayer, Buys et Hicguet. — Intervention radicale dans le lupus de l'oreille, du nez. Présentation de malades, par Goris. — 1° Préparation de bronchite fibrineuse et essentielle ; 2° Une luette de forme rare ; 3° Préparation d'un cancer œsophagien perforant la trachée, par P. Koch. — Malade guérie d'un syphilôme énorme de la paroi latérale droite du cou et de la gorge, par Rutten. — Adénome de la voûte du palais, moule et préparations microscopiques, par Beco. — Présentation d'instruments, par Delstanche et Bayer. — Manche galvano-caustique à rhéostat, par Schleicher.

Séance de l'après-midi.

Quelques mots sur le tamponnement des fosses nasales dans les épistaxis rebelles, par Beco. — Quelques mots de certains tirages respiratoires, par Boland. — Bulle osseuse du cornet moyen, par Wagnier. — Un cas de kyste de l'épiglotte, par Noquet. — Le centre cortical de la phonation, par Broeckaert. — De la diphthérie chez l'adulte, par Gouguenheim. — De l'amygdalite folliculaire ulcérée, par Delie. — Quelques mots à propos du traitement de l'ozène, par Capart. — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle cuprique, par Cheval. — Communication, par Eeman. — Le cathétérisme rétrograde du sinus frontal, par Laurent. — Communication, par Lecocq.

L'*Association médicale de l'Etat de New-York* a tenu sa 11e réunion annuelle à Brooklyn, le 28 mai. Nous citerons parmi les communications :

Une nouvelle méthode d'opération pour les déviations prononcées de la cloison nasale, par S. Oppenheimer. — Etiologie de la laryngite catarrhale chronique, par D. L. Hubbard.

La *Société de médecine de Massachussets* s'est réunie pour la 14e fois à Boston, les 11 et 12 juin. Nous relevons au programme :

Idées modernes sur la nature et le traitement du goître exophtalmique, par J. J. PUTNAM (Boston). — Etiologie de la diphthérie et emploi de l'antitoxine, par H. C. ERNST (Boston). — Pathologie de la diphthérie, par W. T. COUNCILMAN (Boston). — Usage prophylactique de l'antitoxine, par F. G. MORRILL (Boston). — Préparation de l'antitoxine diphthéritique, par J. L. GOSDALE (Cambridge). — Emploi clinique de l'antitoxine, par W. H. PARK (New-York).

La *Société médicale de New-Hampshire* a tenu sa 104e session, à Concord les 3 et 4 juin. Parmi les communications figurant à l'ordre du jour, nous trouvons :

Diagnostic bactériologique de la diphthérie, par H. C. EMERSON (Concord). — Traitement sérothérapique de la diphthérie, par C. P. FROST. — Méthodes modernes de traitement des affections du nez et de la gorge, par O. B. DOUGLAS (New-York).

La *Société médicale de l'Etat d'Ohio* s'est réunie à Columbus les 15, 16 et 17 mai 1895. Parmi les communications figurant au programme, nous relevons :

Le traitement antitoxique de la diphthérie, par W. T. HOWARD (Cleveland). — Surdité d'origine intra-nasale, par J. A. THOMPSON (Cincinnati). — Une observation de méningite comme complication de l'otite moyenne, par S. E. ALLEN (Cincinnati). — Observations des formes les plus graves d'épistaxis, par M. THORNER (Cincinnati).

Nous citerons les communications suivantes parmi celles qui sont annoncées pour la réunion de la *Société américaine de pédiatrie* à Virginia Hot Springs, les 27, 28 et 29 mai 1895.

Trois cas d'otite moyenne purulente à issue mortelle, par W. F. LOCKWOOD (Baltimore). — Antitoxine dans la diphthérie, par F. G. MORRILL (Boston). — Expériences personnelles sur l'antitoxine diphthéritique et les injections de sérum de sang, par A. CAILLÉ (New-York). — Valeur de l'antitoxine diphthéritique et ses effets toxiques, par A. SEIBERT (New-York). — Cas de diphthérie apparente où pourtant on ne rencontra pas le bacille diphthéritique, par E. M. BUCKINGHAM (Boston).

Le Dr COMPAIRED vient d'être chargé du service des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge à la Polyclinique Cervera de Madrid.

La *Société médicale de l'Etat de la Caroline du Nord* a tenu sa 42e session annuelle à Goldsboso les 14, 15 et 16 mai 1895. Figuraient au programme :

Antitoxine diphthéritique, par A. ANDERSON. — Un cas d'otite moyenne purulente chronique, par J. S. MONTAGNE. — Catarrhe nasal hypertrophique traité par l'électrolyse, par F. DUFFY. — Traitement de la diphthérie, par R. A. PATTERSON.

Parmi les communications annoncées à la *45e réunion annuelle de la Société médicale de l'État de Pensylvanie* qui s'est réunie à Chambersburgh, les 21, 22, 23 et 24 mai, nous relevons :

Expérience sur le traitement de la diphthérie durant 34 ans de pratique, par W. S. STEWART (Philadelphie). — Oxygène à haute pression et air comprimé en sprays et en pulvérisations dans les maladies de poitrine, de la gorge, du nez et de l'oreille, par A. B. KIRKPATRICK (Philadelphie). — Traitement de l'otalgie, par L. W. MAYER (East Mauch Chunk). — Empyème mastoïdien et ses rapports avec les affections aiguës de l'oreille, par S. MAC CUEN SMITH (Philadelphie). — Une série de cas de diphthérie laryngée traités par l'antitoxine, avec et sans intubation, par E. ROSENTHAL (Philadelphie). — Quelques mots sur les tumeurs adénoïdes du pharynx, par H. ALLEN (Philadelphie). — Contribution à l'étude de la surdi-mutité, par A. A. BLISS (Philadelphie). — Adresse sur l'otologie, par L. H. TAYLOR (Wilkesbarre).

A l'exemple des Universités Allemandes, la Faculté de Médecine de Bruxelles a décidé d'organiser des *cours de vacances* qui seront donnés pendant les mois d'août et de septembre de cette année. Le Dr CAPART est chargé des cours de rhinologie et laryngologie pratiques qui comprendront chacun six leçons.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE.

Ordre du jour de la séance du 6 juin.

Diagnostic et traitement des suppurations de la cavité sphénoïdale, par M. HAJEK. — Abcès de l'amygdale pharyngée, par W. ROTH.

La IVe session de la *Société allemande d'otologie* s'est tenue à Iéna les 1er, 2 juin. Le Prof. Kuhn, de Strasbourg, président, étant tombé malade inopinément, le Prof. Walb, de Bonn, vice-président, lui a succédé à la présidence et le Prof. Zaufal, de Prague, a été choisi comme vice-président. La Société se réunira à Nuremberg en 1896.

A la réunion de mai de la *Société Vaudoise de médecine* le Dr SÉCRÉTAN, notre distingué collaborateur, a annoncé la formation d'une *Société oto-laryngologique Suisse.* Etaient présents à la première réunion les Drs LAUBI (Zurich), LINDT (Berne), MERMOD (Yverdon), MORF (Winterthur), NAGER (Lucerne), L. SÉCRÉTAN (Lausanne), SIEBENMANN (Bâle) et GRANDJEAN (Lausanne).

Le Dr Sécrétan dit que la nouvelle Société sera plutôt une section qu'une scission de la Société des médecins suisses, et qu'elle tiendra ses réunions en même temps que cette dernière. 27 circulaires ont été envoyées à des spécialistes suisses, et 18 ont répondu affirmativement. La nouvelle Société se compose donc des Drs COLLADON (Genève), H. GRANDJEAN (Lausanne), GUDER (Genève), JONQUIÈRE (Berne), JUILLERAT (Lausanne), LINDT (Berne), MERCANTON (Montreux), MERMOD (Yverdon), R. MEYER (Zurich), MORF (Winterthur), NAGER (Lucerne),

Neukomm (Heustrich), Schwendt (Bâle), L. Sécrétan (Lausanne), Siebenmann (Bâle), Valentin (Berne), Wyss (Genève).

On espère recueillir les adhésions d'autres confrères.

La réunion sera annuelle, et se tiendra à Bâle l'an prochain.

L'*Association laryngologique américaine* a tenu sa 17e session annuelle à Rochester les 17, 18 et 19 juin sous la présidence du Dr J. O. Roe.

Ordre du jour. — Corps étrangers de l'œsophage, par H. Allen (Philadelphie). — Glandes thyroïdes desséchées dans le goître, par E. F. Ingals (Chicago). — Influence des affections chroniques de la gorge sur certains défauts de parole, par D. B. Delavan (New-York). — Électrolyse dans le traitement des éperons de la cloison, par W. E. Casselberry (Chicago). — L'amygdalite dépend-elle quelquefois d'une diathèse rhumatismale ? par G. B. Hope (New-York). — I. Quelques remarques sur l'excision des amygdales. — II. Un cas de lipôme du larynx, par J. W. Farlow (Boston). — I. Un cas de mélancolie guérie par une opération intra-nasale. — II. Un cas d'ethmoïdite suppurée suivie d'invasion du sinus sphénoïdal, abcès cérébral et mort, par F. H. Bosworth (New-York). — Considération sur quelques-uns des principes les plus importants de la chirurgie nasale, par W. K. Simpson (New-York). — Angine de Ludwig, par J. E. Newcomb (New-York). — Discussion sur la tuberculose des voies aériennes supérieures, par J. Wright (Brooklyn), C. C. Rice (New-York), E. L. Shurly (Détroit) et J. W Gleitsmann (New-York). — Kyste du sinus maxillaire, par C. H. Knight (New-York). — Abcès du sinus frontal, ethmoïdal et maxillaire, par F. H. Bryan (Washington). — I. Nécrose du cornet moyen. — II. Sténose osseuse congénitale des narines, par A. B. Trasher (Cincinnati). — I. Kyste naso-pharyngien. — II. Kyste bucco-pharyngien. — III. Fibrôme papillaire ou papillôme vrai de la cloison, par J. Wright (Brooklyn). — Discussion sur la relation des troubles vaso-moteurs avec les affections des voies aériennes supérieures, par F. H. Bosworth (New-York), W. H. Daly (Pittsburgh) et J. N. Mackenzie (Baltimore).

L'*Association médicale de Ontario* a tenu sa 15e réunion annuelle à Toronto les 4 et 5 juin.

Parmi les communications, nous citerons :

Tuberculose laryngée et trachéale. Importance de son diagnostic et traitement précoce, par F. W. Chappell (New-York). — Discussion sur la diphthérie, par W. J. Wilson (Richmond Hill), G. M. Aylsworth (Collingnood) et J. T. Fotheringham (Toronto). — Situation actuelle de l'antitoxine dans le traitement de la diphthérie, par C. Sheard (Toronto). — Observations de diphthérie traitée par l'antitoxine, par J. D. Edgar (Hamilton). — Fumigations de calomel dans le traitement de la diphthérie, par T. F. Mc Mahon (Toronto). — Notes sur une épidémie d'amygdalites hépatiques, par J. R. Hamilton (Port Dover).

Le deuxième Congrès de la *Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie* sera inauguré à Florence, le 24 septembre.

Les titres des communications devront être adressés avant le

15 août au *Secrétaire* de la Société, PROF. A. FASANO 1 Strada S. Ama di Palazzo, Naples.

Les thèmes choisis pour la discussion générale sont :

1° Traitement des sténoses laryngées. Rapporteur : F. EGIDI.

2° Localisations de la perception auditive, et méthode d'examen fonctionnel acoustique. Rapporteurs : C. CORRADI, G. GRADENIGO et G. MASINI. Etant donnée l'étendue du sujet, Corradi parlera de quelques expériences faites sur la localisation de la perception auditive ; Gradenigo du mode d'examen fonctionnel de la représentation graphique du résultat des recherches ; et Masini s'occupera des généralités.

3° Méthodes sanglantes et non sanglantes de traitement des sténoses nasales, par J. DIONISIO.

Le Dr G. FICANO vient d'être nommé docent libre d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Palerme.

Nous avons déjà annoncé la réunion à Londres de l'*Association laryngologique britannique* le 25 juillet. En voici le programme définitif ;

Jeudi 25 *juillet.*

Discussion sur le traitement des sténoses laryngées chroniques, par MC NEILL WHISTLER (Londres) et SAJOUS (Paris).

Discussion sur le traitement chirurgical des cavités accessoires du nez, par BRYSON DELAVAN (New-York) et LUC (Paris).

Vendredi 26 *juillet.*

Discussion sur la thérapeutique de la diphthérie et surtout sur le traitement antitoxique, par SIMS WOODHEAD et C. SHERRINGTON.

Discussion sur le traitement de la tuberculose laryngée par HERYNG (Varsovie) et GLEITSMANN (New-York).

Ont aussi promis des communications : H. KRAUSE (Berlin), F. MASSEI (Naples), GUYE (Amsterdam), C. H. KNIGHT (New-York), J. N. MACKENZIE (Baltimore), Hunter MACKENZIE (Edimbourg) et MOURE (Bordeaux).

Grâce à l'initiative du Dr Flatau une association pour l'établissement de Jardins d'Enfance pour les enfants sourds et muets s'est formée à Berlin. Le *Bristish medical journal* dit que le premier de ces Jardins a été ouvert le 1er avril 1894, il a reçu 14 enfants et les résultats ont été satisfaisants.

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Wilhelm Meyer, de Copenhague, qui a succombé à une fièvre typhoïde pendant un séjour à Venise. Il était âgé de 71 ans. W. Meyer avait découvert les végétations adénoïdes du naso-pharynx qu'il décrivit d'abord dans les *Hospitals Tidende* de Copenhague en 1868, et ensuite dans un mémoire qu'il fit lire en 1870 à la Société royale médico-chirurgicale de Londres. L'importance de ces végétations au point de vue de l'état mental et du développement physique des enfants, est reconnue à présent par la plupart des médecins.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Traitement médical des végétations adénoïdes, par Marage (Broch. de 4 pages, G. Masson, éditeur, Paris, 1895).

Du catarrhe naso-pharyngien, par E. J. Moure (Extrait des *Arch. clin. de Bordeaux*, 1895.

Quelques courtes remarques cliniques sur l'empyème de l'antre d'Highmore, par G. Avellis (Tirage à part de l'*Archiv. f. lar.* Bd. 2, h. 3, 1895).

Considération sur le mécanisme vasculaire de la muqueuse nasale et ses relations avec certains processus pathologiques, par J. WRIGHT (Extrait de *the Amer. journ. of the med. sciences*, mai 1895).

Sur les corps étrangers de l'oreille, par M. BENEDIKT (Dissertation Inaugurale, Strasbourg, 1894).

L'immunité et les théories d'immunisation considérées au point de vue biologique et chimique, par A. POEHL (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch*, n° 6, 1895).

Conclusions sur la diphthérie, les diphthéritiques et la sérothérapie, tirées du rapport présenté au Prof. G. Baccelli, par V. COZZOLINO (Extrait du *Morgagni*, mars 1895).

De la laryngite tertiaire et de son traitement par les eaux sulfureuses de Luchon, par AUDUBERT (Broch. de 27 pages, Impr. Gounouilhou, Bordeaux, 1895).

Microorganismes dans les nez d'individus bien portants, par SAINT-CLAIR THOMSON et T. R. HEWLETT (Extrait des *Med. chir. trans. de la Royal med. and Chir. Soc.* Vol. LXXVIII, 1895).

Traitement des corps étrangers de l'oreille, par A. COURTADE (*Bull. gén. de thérap.*, 30 avril 1895).

Contribution à l'étude de la morphologie des fosses nasales. L'organe de Jacobson, par P. GARNAULT (Extrait des Comptes rendus des séances de la Soc. de Biol., 27 avril 1895).

Le traitement des affections du nez, de la gorge et des oreilles par les mouvements du massage rythmé ou vibratoire (statistique), par GARNAULT (Broch. de 7 pages, A. Maloine, éditeur, Paris, 1895).

Emploi des ciseaux dans l'excision des amygdales et nouvel instrument, par A. A. BLISS (Extrait de la *Therap. gaz.*, 15 mars 1895).

Considérations sur le mécanisme vasculaire de la muqueuse nasale et ses relations avec certaines maladies, par J. WRIGHT (Extrait de *the amer. journ. of med. sciences*, mai 1895).

La cocaïne en chirurgie, par P. RECLUS (Petit in-8° de l'*Encyclopédie scient. des Aide-mémoire*, prix 2 fr. 50, G. Masson, éditeur, Paris, 1895).

Un cas d'opération de Kuster, par R. BOTEY (Tirage à part des *Arch. latinos de rin. lar. y otol.*, mai 1895).

Traitement des otites moyennes chroniques, par A. HARTMANN (Extrait de la *Deuts Aerzt Zeit*, n° 10, 1895).

Le Gérant : G. MASSON.

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. DESTENAY BUSSIÈRE FRÈRES

Tome XXI. — N° 8. — Août 1895.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

HERPÈS LARYNGE

Par le Dr **Louis SECRÉTAN** de Lausanne (1).

Il est en pathologie peu d'expressions employées dans des sens aussi divers que le mot d'herpès. Tandis que l'Ecole française désigne entre autres sous le terme d'affections herpétiques une sorte de diathèse dont les manifestations cutanées ne représentent qu'une partie des symptômes, l'Ecole allemande, au contraire, ne connaît pas la « diathèse herpétique », et réserve cette expression à une certaine catégorie de maladies des téguments. Mais là encore, quelle confusion !... Herpès zoster, herpès labial ou génital, herpès iris, herpès symptomatique, fièvre herpétique, voilà tout autant de subdivisions formulées par les auteurs et qui laissent dans l'esprit une incertitude complète sur la véritable essence de ce que, en dermatologie, l'on appelle herpès.

Mais serrons de plus près les doctrines en cours, nous verrons que cette confusion tient essentiellement à ce que, souvent sous une seule et même dénomination, l'on a confondu longtemps et l'on confond aujourd'hui encore la lésion cutanée avec la maladie primitive qui l'a causée : les auteurs distinguent en effet un *herpès symptomatique*, dans lequel la modification de la peau n'est qu'un accessoire et un *herpès essentiel* dont cette même modification est le symptôme prédominant, parfois même unique.

Nous trouvons donc toujours à la base de tout ce qui porte

(1) Travail présenté à la Société vaudoise de médecine, séance du 6 avril 1895.

le nom de « herpès » une même lésion anatomique grossière du derme. Cette lésion : c'est la *vésicule*, mais la vésicule réunie en groupes sur des surfaces cutanées hypérémiées, œdématiées et persistant quelques jours pour se dessécher bientôt en laissant à sa place une croûte brunâtre, qui finit par tomber.

Nous retrouvons la vésicule dans l'herpès symptomatique de la pneumonie ou de la méningite, comme dans l'herpès zoster ou dans l'herpès labial ou génital. Seulement, cette vésicule, qui paraît identique à l'œil nu, n'est pas toujours semblable à elle-même dans sa structure histologique. Unna [1] à pu distinguer dans des examens microscopiques, malheureusement trop rares, deux sortes de formations vésiculeuses : celle de l'herpès zoster dans laquelle la base de la vésicule est formée par un épiderme fort peu modifié, peu œdématié, avec des vaisseaux peu dilatés ; celle de l'herpès facial et génital, dans laquelle, au contraire, l'épiderme se détache en totalité de la couche papillaire gonflée, dont les cellules, siège d'une inflammation qu'il appelle fibrineuse, sont agrandies, œdématiées, et les vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés.

L'histologie pathologique amène donc à différentier deux catégories de vésicules herpétiques, la vésicule du zoster d'une part, d'autre part celle de l'herpès facial et génital, que Unna place dans la même catégorie. Il ne distingue pas entre l'herpès symptomatique et l'herpès essentiel et paraît les considérer comme déterminant une seule et même lésion anatomique, car il dit que « le seul cas d'herpès facial qu'il ait eu l'occasion d'examiner provenait d'un malade qui avait succombé à une affection fébrile aiguë. » Pour l'anatomo-pathologiste, il s'agirait ainsi d'une seule et même lésion cutanée, et l'herpès symptomatique ne devrait pas être distingué de l'herpès essentiel.

Nous verrons plus loin, par l'analyse des deux cas d'herpès laryngé que nous avons observés, que la clinique ne serait vraiment pas éloignée de s'accommoder d'une semblable conception.

Si maintenant, nous examinons la question au point de vue

(1) In Lehrbuch der speciellen Anatomie, von Dr J. Orth. 1894, VIII, p. 150.

clinique, nous verrons que tous les auteurs ont mis à part l'herpès zoster, faisant avec raison de cette maladie une entité morbide bien définie, que les Français ont consacrée par le terme de « *zona* » et que la plupart des auteurs contemporains rattachent aux fièvres éruptives infectieuses, dont il présente la marche cyclique et l'immunité acquise pour une première atteinte. Ce n'est point ici le lieu d'examiner en détail les nombreuses théories que la formation des vésicules dans le zona a fait naître : névrite périphérique, inflammation des ganglions, origine microbienne, etc. En effet, le zoster s'il atteint parfois la muqueuse buccale, à notre connaissance n'a jamais été observé dans le larynx ; il ne rentre donc pas dans le cadre de ce travail.

Restent les deux formes cliniques de l'herpès symptomatique et de l'herpès essentiel. La première est la plus connue, c'est cette poussée de petites vésicules cutanées que l'on observe le plus souvent à la face, rarement sur d'autres points des téguments externes, quelquefois aussi sur les muqueuses et qui accompagne certaines maladies fébriles aiguës, la pneumonie en première ligne, beaucoup plus rarement la fièvre typhoïde, la méningite, la malaria. L'herpès n'est ici qu'un symptôme, auquel quelques-uns ont voulu attribuer une signification pronostique, mais qui disparaît au second plan devant la maladie qu'il accompagne. Seule, l'éruption cutanée de l'herpès attire l'attention, et si ce dernier donnait naissance à quelque modification dans l'état général du malade, ce qui ne serait après tout pas impossible, cette modification à l'œil de l'observateur se noierait dans le flot montant des symptômes de l'affection primaire.

Toute autre est la symptomatologie de l'herpès dit essentiel. Il importe, croyons-nous, d'en distraire d'abord une partie des cas d'herpès génital, affection fréquemment déterminée par une irritation locale, de cause variée, de la muqueuse qui en est le siège et qui n'est ordinairement pas accompagnée de modifications dans l'état général. Il semble qu'il s'agisse alors d'un phénomène purement épidermique, analogue à cet eczéma des mains qui survient dans certaines professions, alors qu'un agent d'irritation mécanique ou chimique est en contact répété ou

prolongé avec l'épiderme. C'est du moins ce qui arrive le plus souvent. D'autres cas d'herpès génital, il est vrai, semblent au contraire se rattacher à la forme idiopathique. Les faits d'histologie pathologique rapportés par Unna en font foi.

L'herpès essentiel apparaît comme une entité morbide distincte ; c'est une maladie aiguë, à début souvent brusque, accompagné parfois de frissons et de fièvre plus ou moins élevée ainsi que de malaises généraux, céphalées, vomissements, courbatures. Au bout d'un jour ou deux, l'éruption vésiculeuse apparaît, se localisant sur un ou plusieurs points de la surface cutanée ou des muqueuses. On la voit le plus fréquemment à la face, sur les lèvres, ou bien aussi, quoique plus rarement, sur les fesses, à l'anus, sur les organes génitaux de l'homme et de la femme, sur la muqueuse buccale et pharyngée ; elle est mentionnée enfin sur la muqueuse du larynx et sur la conjonctive. La vésicule n'est jamais isolée, elle forme des groupes clairsemés et se développe sur une surface des téguments enflammée et œdématiée. A ce moment la fièvre baisse, l'état général s'améliore. Les vésicules subsistent pendant trois ou quatre jours, puis se dessèchent, forment des croûtes brunâtres sur la peau, blanchâtres et lardacées sur les muqueuses, puis tombent en laissant après elles de légères dépressions épidermiques. Le malade est guéri dans l'espace de huit à quinze jours et sans jamais présenter de complications graves. Tel est l'herpès essentiel classique, affection que l'on observe quelquefois aussi sous la forme d'épidémies bénignes.

C'est à cette dernière forme, l'herpès idiopathique, que se rattachent presque exclusivement les cas d'herpès laryngé rapportés dans la littérature jusqu'à aujourd'hui. Ils ne sont pas fréquents du reste. Isambert, dans ses « Conférences cliniques sur les maladies du larynx » dit à la p. 317 : « Nous ne connaissons encore aucun fait d'herpès proprement dit du larynx ». L'un des premiers publiés est de notre concitoyen, M. Rud. Meyer (1) de Zurich ; il date de 1879 déjà et concerne

(1) Die phlyctänulare Stimmbandentzündung, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1879, 41.

une jeune fille de 18 ans, qui, au milieu d'une épidémie bénigne d'herpès labial, présenta une localisation laryngée avec symptômes généraux fébriles. Dès lors, plusieurs cas semblables ont été relatés : Beregszàszy (1), Stepanow (2), Krieg (3) en rapportent chacun plusieurs cas. Enfin, les traités didactiques les plus récents consacrent à leur tour quelques lignes à l'herpès laryngé. Si Morell-Mackenzie, Störk, Lennox Browne, Gottstein, Moure n'en font pas même mention, Bresgen en parle en passant, à propos du catarrhe aigu, dont l'herpès n'est à ses yeux qu'une forme plus intense.

Schrötter y voit le plus souvent aussi une simple exagération de l'état catarrhal du larynx, mais ajoute qu'il existe, à côté de cette forme vulgaire, un herpès laryngé vrai, plus rare encore que ne l'est l'herpès buccal et qu'on observe sur l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, les aryténoïdes et les processus vocaux. Moritz Schmidt, enfin, dans son excellent traité, étudie l'herpès laryngé avec plus de soin. Il le rapporte à des causes diverses, tantôt de nature nerveuse, tantôt d'origine microbienne. Il en décrit une forme aiguë, parfois idiopathique, parfois accompagnant d'autres maladies fébriles, telles que la pneumonie et le typhus, et une forme chronique à éruptions fréquemment répétées pendant des années, localisées essentiellement sur la langue, le voile et l'épiglotte et qu'il rapporte à la neurasthénie.

Si, maintenant, nous cherchons à dégager la pathologie de l'herpès du larynx des matériaux existants, voici quels sont les faits observés :

C'est une affection aiguë, survenant tantôt chez des individus sains, tantôt chez des sujets souffrant depuis longtemps de laryngite chronique. Parfois il est possible de la rapporter à un génie épidémique régnant, parfois, au contraire, elle reste sporadique. Le début en est ordinairement brusque, accompagné de manifestations fébriles plus ou moins intenses, frissons, température entre 38° et 40°, voire même davantage.

(1) *Wiener med. Presse.* 1879, 44.
(2) *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1885, p. 237.
(3) Atlas der Kehlhkopf krankheiten. Stuttgart 1892.

Les symptômes généraux sont les mêmes que ceux de l'herpès cutané idiopathique que nous avons étudié au début de ce travail ; nous n'y reviendrons pas.

Quant aux manifestations laryngées, elles s'accusent dès le début par de l'enrouement ou de l'aphonie, des douleurs lancinantes qui peuvent être vives, parfois même de la dyspnée, et au laryngoscope par des symptômes d'inflammation aiguë de l'organe, rougeur, gonflement, œdème de telle ou telle portion du larynx, précédant d'un jour ou deux le développement des vésicules. Celles-ci sont peu nombreuses ; on en observe rarement plus d'une dizaine ; elles sont petites,de la grosseur d'un grain de mil, et très éphémères. Bientôt elles crèvent et forment sur la muqueuse rougie et gonflée de petites érosions recouvertes d'une croûte blanchâtre, adhérente, quelquefois hémorrhagique, qui tombe elle-même au bout de cinq à six jours, pour laisser à sa place une simple dépression de la muqueuse. L'éruption laryngée est quelquefois seule à se produire ; d'autres fois elle est accompagnée, précédée ou seulement suivie de manifestations cutanées ou pharyngées de même ordre, manifestations qui facilitent alors singulièrement le diagnostic.

Celui-ci n'est pas toujours facile au début et il offre, pour le médecin et pour son client, un intérêt sérieux. C'est de la diphthérie qu'il est le plus difficile de distinguer l'herpès laryngé : le début fébrile, les dépôts blanchâtres sur des érosions à fond quelquefois sanguinolent facilitent la confusion ; mais la distribution en général clairsemée des lésions, leur peu de confluence permettent le plus souvent de poser un diagnostic juste, qu'au besoin l'examen bactériologique pourrait confirmer.

Le pronostic de cette affection est absolument bénin, cela va sans dire.

Quant à son traitement, il consistera en inhalations désinfectantes (eau phéniquée diluée, eau boriquée), applications réfrigérantes, (glace, tubes de Leiter, pilules de glace) et repos au lit. Enfin, s'il y a lieu, l'on administrera un léger purgatif pour modifier l'état gastrique, parfois assez marqué.

Dans d'autres cas, plus rarement observés encore, les vési-

cules laryngées se développent au cours d'une maladie aiguë, de la pneumonie surtout, et ont alors la même signification que l'herpès labial.

C'est un herpès laryngé symptomatique, par opposition à l'herpès laryngé essentiel dont nous venons de parler.

En résumé, l'herpès du larynx n'est pas autre chose qu'une manifestation locale de la maladie des téguments qui porte le même nom et à laquelle on peut le rattacher, soit au point de vue de l'étiologie, soit au point de vue de sa marche, de ses symptômes et de son anatomie pathologique.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer dans notre service laryngologique à l'hôpital cantonal de Lausanne deux cas d'herpès laryngé, dont l'un se classe parmi les herpès idiopathiques et l'autre parmi les herpès symptomatiques, puisqu'il a marqué le début d'une pneumonie franche.

Voici ces deux observations :

OBS. I. — Desplands Aimé, 20 ans, charretier, entre, le 5 décembre 1892, dans le service de laryngologie de l'Hôpital cantonal de Lausanne, pour une laryngite catarrhale datant de 5 semaines. On constate au laryngoscope un certain degré de gonflement et de rougeur de la muqueuse laryngée, sans autres modifications pathologiques. Il en sort très amélioré le 27 décembre. Le 13 janvier, il revient à la consultation. Le 15, il rentre à l'hôpital. Il a voulu battre du blé et le lendemain survint une violente rechute de sa laryngite. Il est complètement aphone. Il se plaint de difficulté à la déglutition et a une fièvre assez vive. T. 38°,5. T. vespérale, 39°,2.

L'examen local montre une légère hypérémie des amygdales ; les cordes vocales sont rouges, épaissies.

Le 16, il n'y a plus de fièvre. La douleur à la déglutition subsiste. Il est survenu une éruption d'herpès labial, qui explique la fièvre d'hier.

Le 17, au soir, la fièvre reprend à 38°,5 ; le 18, au matin, l'examen au laryngoscope fait voir ce qui suit : pertes de substance superficielles, assez étendues, sur la surface supérieure des deux cordes vocales et dans leur moitié antérieure. A la base de la corde gauche, ulcération plus profonde, suivant le bord libre de la corde, qu'elle dédouble. A l'espace interaryténoïdien, fissure muqueuse ; érosions sur les deux aryténoïdes,

surtout à gauche. Ces diverses pertes de substance sont recouvertes d'un muco-pus jaunâtre.

L'examen minutieux des organes thoraciques n'y démontre aucune modification pathologique.

Le 21 janvier, je note une sensible amélioration dans l'état du larynx : les cordes ne sont plus lardacées, l'épithélium se régénère à leur surface antérieure ; dans leur tiers postérieur, elles sont encore érodées et présentent à leur bord libre, surtout à gauche, une série de petites érosions circulaires réunies en ligne. Il y en a également deux sur la corde droite. La muqueuse interaryténoïdienne est dégonflée, quoique encore rouge et recouverte de mucosités. Les aryténoïdes ne présentent plus les érosions des premiers jours ; ils sont moins enflés.

L'état général est meilleur, la fièvre baisse ; mais le patient a beaucoup pâli et maigri.

Le diagnostic inscrit sur la feuille de clinique porte à ce jour « *herpès laryngé.* »

Le 23 janvier : hier et avant-hier, fièvre rémittente. L'examen du thorax est toujours négatif. La rate n'est pas agrandie ; la langue est saburrale. Faiblesse et amaigrissement augmentent ; il y a de la constipation.

L'état local ne s'est guère modifié ; la corde droite paraît pourtant un peu plus gonflée et rouge. Sur la lèvre inférieure, une vésicule d'herpès assez grosse, déjà rompue. La voix est meilleure ; pas de toux.

Le 23, au soir, je constate une petite vésicule blanchâtre, avec liseré rouge ambiant et fond lardacé sous le cartilage de Wrisberg gauche.

Le 25 janvier, la fièvre a de nouveau baissé ; on voit encore fort bien la petite vésicule sous le cartilage de Wrisberg ; en outre, sous l'ary, il y en a une seconde plus grosse, également entourée d'un liseré rouge. A la base de la corde gauche, l'ulcération signalée plus haut s'est recouverte d'une croûte melliti-forme. Sur la portion correspondante de la corde droite, l'érosion semble se recouvrir d'un épithélium de nouvelle formation, d'un rouge vif. Sur le tiers antérieur des deux cordes, il y a toujours les mêmes érosions à fond lardacé. Les deux arys sont recouverts d'une muqueuse normale. Le larynx est anémié dans son ensemble et non point hypérémié. La fièvre baisse ; l'état générale est anémique.

Le 27 janvier, amélioration très sensible, comme état local et général. L'érosion sous-wrisbergienne a disparu ; les cordes

sont encore recouvertes d'un simple exsudat floconneux ; elles sont rouges, mais moins épaissies. A la base de la corde droite, l'ulcération s'est nettoyée et laisse voir un fond rosé de bonne nature. A la paroi postérieure du larynx, on voit maintenant, entre les deux aryténoïdes, les bords d'une ulcération également recouverte d'une croûte.

Sur les lèvres, les ulcérations herpétiques ne sont pas encore cicatrisées et ont tout à fait l'aspect d'aphtes.

Le 11 février, le larynx est à peu près revenu à l'état normal, sauf que les cordes vocales sont grisâtres et ponctuées de rouge. La voix n'est pas encore bonne. Le malade sort de l'hôpital et ne se présente plus à la consultation.

OBS. II. — Brun Marc, employé à Lausanne, âgé de 59 ans, a été traité en policlinique pendant plusieurs semaines pour une sclérose auriculaire.

Le samedi, 15 décembre 1894, il travaille les mains dans l'eau. Vers 4 heures du soir, il constate qu'il a de la difficulté de la déglutition et ressent de vives douleurs en avalant sa salive ; il doit cracher beaucoup. Le lendemain, l'état local ne s'est pas amélioré, la salivation est toujours abondante et il est survenu de vives douleurs spontanées des deux côtés de la gorge ; en même temps, B. accuse un malaise général.

Le 17, au matin, B. se présente à la consultation gratuite de notre service laryngologique à l'hôpital de Lausanne ; il se plaint de vives douleurs à la déglutition. A l'examen, je constate une forte tuméfaction de l'épiglotte, qui est rouge, hypérémiée et ne permet pas de voir l'intérieur du larynx. Mais elle ne présente pas d'ulcération, et le diagnostic qui s'impose est celui d'*épiglottite aiguë*.

Le malade est admis d'urgence dans la division et le traitement institué consiste en application de compresses glacées à l'extérieur et pilules de glaces à l'intérieur.

La température vespérale est de 37°,8 et l'on ne peut constater aucune autre modification pathologique chez Brun.

Le 18, la température atteint 38°,2 le soir, après être descendue le matin à 37°,4. Il n'y a aucun changement ni dans l'état local, ni dans l'état général.

Le 19, au matin, je note au laryngoscope l'état local suivant : Epiglotte très gonflée, rouge, présentant à chaque extrémité de son bord libre deux ulcérations superficielles et circulaires de la grandeur d'une forte tête d'épingle. Le bord libre lui-même est si fortement tuméfié que c'est avec la plus grande difficulté

que j'arrive à jeter un coup d'œil dans le larynx ; je vois l'aryténoïde droit tuméfié, rouge ; à sa surface supérieure il existe une petite ulcération superficielle, très semblable à celles qui ont été décrites sur l'épiglotte ; à côté d'elle, une légère hémorrhagie sous-muqueuse. L'ary gauche est normal de même que la corde vocale correspondante ; la corde droite, au contraire, est rouge et un peu paresseuse. Etat général médiocre. T. 38°,7. Mais il n'existe encore aucun symptôme pulmonaire.

Le soir, la T. monte à 40°,1, le malade a un peu de dyspnée, l'auscultation fait percevoir un souffle léger dans la fosse sus-épineuse gauche, souffle qui augmente d'intensité en se rapprochant de la ligne médiane. Sonorité normale. Expectoration muqueuse, sans caractère spécial, abondante comme précédemment.

Le 20, au matin, la lésion pulmonaire se confirme ; le souffle du sommet devient tubaire, et se propage dans la région axillaire ; la sonorité est tympanique, il survient des crachats rouillés. La T. est à 39°,8. La pneumonie ne fait l'objet d'aucun doute et le malade est transféré dans le service de clinique médicale de M. le prof. de Cérenville.

L'état local s'est sensiblement modifié : l'épiglotte est toujours rouge, mais beaucoup moins tuméfiée. Les ulcérations notées la veille subsistent, mais ne se sont étendues ni en profondeur, ni en surface. Il n'y en a pas de nouvelle.

Le 21, l'épiglotte est encore un peu tuméfiée et très rouge ; les ulcérations sont stationnaires ; l'ecchymose sur l'ary droit a disparu.

La pneumonie a gagné tout le lobe supérieur gauche.

Le 23, la température baisse brusquement ; la crise se fait dans des conditions normales.

Le 24, l'examen au laryngoscope constate que l'épiglotte est désenflée dans sa moitié gauche ; la droite est encore enflée, rouge. Une nouvelle petite ulcération s'est développée sur le bord libre à gauche, non loin des deux premières. La surface en est légèrement surélevée. L'ary droit est revenu à l'état normal.

Sous la lèvre inférieure gauche, il est survenue une éruption modérée d'herpès labial, accompagné d'une légère tuméfaction des téguments.

Le 26, épiglotte presque complètement dégonflée ; les anciennes vésicules se cicatrisent ; les deux postérieures ont disparu, la dernière formée existe encore et suit son cours. L'herpès labial sèche. L'état général est assez bon.

Le 28, l'épiglotte est encore un peu rouge ; les vésicules de gauche sont cicatrisées, il en reste encore une à droite, ulcérée. Encore un peu de cuisson à la déglutition. Etat général bon.

Le 11 janvier 1895, je revois le malade guéri ; on peut encore, au laryngoscope, constater une légère rougeur de l'épiglotte et de petites dépressions cicatricielles aux places où se trouvaient les ulcérations décrites ci-dessus.

REMARQUES : La première de ces deux observations est un exemple type d'herpès idiopathique : début fébrile, localisations labiale et laryngée. survenant en deux ou trois poussées successives, chacune d'elles accompagnée d'une recrudescence dans la fièvre. Ici l'herpès labial est apparu simultanément avec l'herpès laryngé et a rendu le diagnostic facile. La maladie a duré trois semaines et s'est accompagnée d'une faiblesse et d'une anémie générales montrant bien que l'organisme dans son entier a été atteint par la fièvre « herpétique » et qu'il ne s'agissait point seulement d'une affection locale.

Quant à notre seconde observation, son interprétation offre quelques difficultés et partant un intérêt plus vif.

Le début en est franchement laryngé ; les malaises accusés par Brun le premier jour de sa maladie sont des troubles de déglutition et des douleurs vives dans la gorge, accompagnés d'une salivation exagérée et sans symptômes généraux bien accusés. Deux jours après, le diagnostic au laryngoscope qui s'impose est encore « *épiglottite aiguë* ». Ce n'est que le quatrième jour au soir que la température devient fébrile et que le malade se met au lit se sentant vraiment atteint dans sa santé. Le cinquième jour, apparaissent les vésicules d'herpès sur les parties enflammées du larynx ; la fièvre monte, mais graduellement et sans frisson, de 38°7, température matinale, à 40°1 le soir. Le matin du cinquième jour un examen minutieux des organes thoraciques ne décèle aucune modification ni de l'auscultation, ni de la percussion ; le soir, par contre, on perçoit un léger souffle bronchique au sommet gauche, sans matité et sans expectoration caractéristique. Le sixième jour, enfin, la lésion pulmonaire est confirmée et les crachats rouillés font leur

apparition. Au même moment, le gonflement de l'épiglotte si marqué précédemment, diminue rapidement et les ulcérations provenant des vésicules n'augmentent plus, pendant que les symptômes laryngés douloureux disparaissent promptement pour laisser après eux une simple sensation de cuisson.

Le neuvième jour de la maladie, quatre jours après le début de la pneumonie, la crise se fait brusquement, et en même temps que survient, alors seulement, une éruption d'herpès labial, il se développe sur l'épiglotte une nouvelle petite vésicule d'herpès.

Dès lors la guérison des lésions laryngées suit son cours parallèlement à celle des lésions pulmonaires et à l'état général : treize jours après le début, il subsiste une petite ulcération non cicatrisée et un peu de cuisson à la déglutition. Enfin, un mois après, on ne constate plus au laryngoscope qu'une ou deux légères dépressions cicatricielles sur la muqueuse laryngée.

Ce qu'il y a de remarquable dans l'observation présente, c'est d'abord la coexistence d'un herpès du larynx avec la pneumonie.

L'herpès pneumonique atteint en effet rarement les muqueuses, et, parmi celles-ci, ce sont surtout les muqueuses bucale et pharyngée qui sont signalées par les auteurs comme atteintes. Nous n'avons trouvé dans la littérature à notre disposition qu'un seul cas d'herpès de l'épiglotte ; par contre, Moritz Schmidt, Schrötter citent la pneumonie parmi les affections qui peuvent amener l'herpès laryngé, sans d'ailleurs en donner d'exemples. Il y avait donc à ce point de vue un certain intérêt à rapporter notre observation. Mais ce qui est le plus frappant chez Brun c'est le début de l'herpès laryngé plusieurs jours avant la pneumonie, tandis que herpès labial apparaît seulement le jour même où survient la crise, accompagné il est vrai d'une nouvelle poussée de deux vésicules fraîches dans le larynx. Certainement, on aurait pu croire d'abord à un simple herpès idiopathique, tant les symptômes initiaux rappellent notre première observation. Puis, graduellement, la scène change, la fièvre s'allume plus forte, l'affection de la muqueuse s'efface devant la maladie principale ; son caractère purement

symptomatique se décèle évident. Chose remarquable, aussitôt la pneumonie déclarée, les symptômes inflammatoires du larynx cèdent rapidement, le gonflement énorme de l'épiglotte diminue brusquement, la douleur disparait presque complètement. Je rappelle un fait analogue que j'ai eu l'honneur de rapporter à la Société de médecine [1], il y a bien des années : une otite moyenne aiguë suppurée, accompagnée de douleurs très vives, avait précédé de deux ou trois jours l'éclosion brusque d'une pleuropneumonie et celle-ci déclarée, tous les symptômes de celle-là avaient cédé comme par enchantement, pour reparaître, il est vrai, après la crise faite. Ces faits sont intéressants ; faut-il y voir la première manifestation de la maladie qui va survenir ? Le pneumocoque est-il la cause première de l'herpès du larynx comme il est certainement à la base de l'otite ? C'est ce qu'un examen bactériologique du contenu des vésicules pourrait seul décider. *A priori*, la chose paraît plausible puisque, avant d'arriver au poumon, le pneumocoque trouve sur sa route la muqueuse laryngée ; rien d'étonnant à ce qu'il s'y fixât et n'y déterminât une inflammation, que Unna appelle fibrineuse et qui est donc de même nature que celle qu'il détermine dans le tissu pulmonaire.

En tous cas des faits semblables nous paraissent de nature à éclairer la pathogénie de l'herpès pneumonique, phénomène jusqu'ici trop négligé par tous les auteurs.

[1] *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, 1879, p. 203.

II

DES ADÉNOIDITES

Par le Dr F. **HELME**.

I

Il semblait jusqu'à ces derniers temps que tout avait été dit au point de vue clinique sur la question des végétations adénoïdes. De nombreux travaux d'ensemble, des monographies très complètes avaient eu pour résultat, non-seulement de bien établir la symptomatologie de l'affection, mais encore de poser nettement et de préciser avec soin les indications opératoires. D'un autre côté, les innombrables observations d'enfants améliorés, transformés en quelque sorte par l'opération, établissaient d'une façon irréfutable l'opportunité de l'ablation de l'amygdale pharyngée hypertrophiée. Il était donc permis de croire que, grâce aux méthodes actuellement suivies et vulgarisées par les travaux des rhinologistes, aucune objection ne s'élèverait désormais contre des interventions si profitables à la santé des petits malades.

Cependant, on ne saurait nier qu'il se fasse depuis quelque temps, en France tout au moins, une sorte de réaction contre le traitement chirurgical des végétations. Sans doute on ne dit pas que les spécialistes opèrent trop, ce serait vraiment une exagération que personne ne pourrait admettre, mais on cherche à faire prévaloir cette idée que, dans bien des cas, le traitement médical seul suffit à remédier aux désordres produits par l'hypertrophie du tissu adénoïde du cavum. Il est arrivé à des confrères, exposant dans d'excellents travaux les

résultats statistiques de leurs opérations, d'avoir à entendre l'objection avec preuves à l'appui de petits malades guéris par la seule vertu des méthodes antiseptiques (?) (irrigations nasales, etc.), rigoureusement appliquées. Cette tendance à recourir au traitement médical pour une affection qui ne paraissait relever que de la chirurgie s'est généralisée surtout depuis quelques mois ; et l'on croit pouvoir affirmer déjà que, dans bien des cas, un traitement palliatif suffit souvent à l'exclusion de toute intervention avec la pince et la curette. De sorte qu'aujourd'hui on pourrait croire que suivant le point de vue où l'on se place il y a des végétations que l'on opère et qui guérissent sans doute, mais qu'il en est d'autres que l'on n'opère pas et qui finissent, sinon par disparaître, du moins par ne plus causer aucun trouble fonctionnel.

Nous pensons que dans ce débat tout le monde a raison et qu'il existe en effet une inflammation de l'amygdale pharyngée qui relève du traitement médical comme l'amygdalite aiguë ; mais il y a en outre l'inflammation survenant au niveau de la glande de Luschka hypertrophiée ; dans ce dernier cas, la chirurgie seule peut conduire à des résultats réellement efficaces. En d'autres termes on ne tient pas assez compte de l'adénoïdite, que celle-ci survienne sur un tissu adénoïde presque normal ou que ce tissu soit déjà hypertrophié par des inflammations antérieures.

Le présent travail a seulement pour but de mettre en valeur ce côté de la pathologie du cavum. Nous savons amplement que les rhinologistes connaissent dans tous ses détails ce chapitre de nosologie. Nous avons voulu simplement, la question présentant un certain intérêt d'actualité, rappeler l'attention sur l'inflammation de l'amygdale pharyngée et faire cesser, si possible, une confusion dont les malades seraient les premiers à souffrir.

Nous disions que les adénoïdites étaient bien connues de tous, et, en effet, dans tous les mémoires, Châtellier, Lœwenberg, Luc, Raugé, Cartaz, Lubet-Barbon, Ruault, Bartoli, Chaumier, Coupard, Cheval, etc., nous trouvons des indications précieuses sur le sujet. Mais l'auteur qui nous a paru avoir insisté davantage sur ce point est Moure, qui, dans la

thèse de son élève Rey d'abord, et plus tard dans la dernière édition de son manuel des *Maladies du nez*, a donné de l'adénoïdite un bon travail d'ensemble.

Avant d'aller plus loin, nous devons expliquer à notre tour comment nous comprenons la question. C'est ainsi que nous établirons deux grandes divisions ; dans l'une nous faisons rentrer l'inflammation aiguë d'une amygdale pharyngée jusque-là normale et donnant lieu presque subitement au complexus symptomatique des végétations adénoïdes, complexus augmenté, il est vrai, de symptômes généraux sur lesquels nous aurons à revenir. Cette amygdalite est passible du traitement médical. Tel enfant, par exemple, vivait en paix avec son amygdale à peine hypertrophiée ; on institue un traitement antiseptique et tout peut rentrer dans l'ordre, soit définitivement, soit jusqu'à une nouvelle poussée. Il n'en va plus de même, bien souvent, dans la seconde division. Ici des poussées successives d'adénoïdite ont amené l'hypertrophie puis l'envahissement scléreux du tissu conjonctif. Le processus aigu pourra s'amender et même disparaître, laissant derrière lui une amygdale qui causera des troubles variant avec chaque individu, et qui seront plus ou moins prononcés, cela est évident, suivant la plus ou moins grande capacité du cavum. Ce sera la végétation adénoïde proprement dite. Mais il est des cas où l'inflammation aiguë passera à l'état chronique ; il s'établira au niveau du pharynx, — qu'on me permette la comparaison, — une véritable otorrhée, avec ses alternatives de mieux et de pire, et dont les conséquences seront sans doute moins redoutables ici que dans l'inflammation chroniqne de l'oreille, mais qui n'en pèsera pas moins lourdement sur la santé générale et souvent sur l'avenir de l'enfant.

II

Qu'il nous soit permis, en abordant le chapitre de l'étiologie de l'adénoïdite, d'examiner comment peut survenir l'inflammation du tissu adénoïde du pharynx. Il nous suffira pour

cela de tracer une esquisse rapide de la structure anatomique de la région pharyngée supérieure et de ses moyens de défense. Car c'est surtout lorsqu'on connait le territoire en temps de paix que l'on peut mieux comprendre dans quelles conditions il passe à l'état de guerre (Claisse).

Tapissée d'un épithélium à cils vibratiles, munie de nombreuses cellules de remplacement, la muqueuse du cavum est semée de corpuscules lymphoïdes, sorte de mosaïque qui s'étend sur toute la surface de la muqueuse, d'une trompe à l'autre sur les côtés, et de la paroi postérieure au niveau du voile d'arrière en avant. Il s'agit là en réalité d'un véritable ganglion lymphatique étalé, rappelant, comme le dit Luschka, les éléments lymphoïdes de l'intestin. Mais en certains points ces corpuscules, au lieu d'être isolés, se réunissent, et de cette agglomération résulte l'amygdale pharyngée proprement dite située en haut de la voûte au niveau de l'apophyse basilaire. Ce tissu adénoïde devient encore confluent au niveau des fossettes de Rosenmüller et pénètre même dans les trompes pour constituer l'amygdale tubaire (Tubenmandel des Allemands). Tous ces corpuscules, chez l'enfant du moins, ne sont séparés que par de rares éléments conjonctifs. Ils sont, de plus, entourés d'une couche épaisse de glandes acineuses de volume variable et particulièrement nombreuses autour des orifices tubaires. Les lymphatiques constitués en plexus vont se jeter par étages, les supérieurs dans un ganglion situé entre le grand droit antérieur de la tête et une espèce de sillon ou de gouttière voisine de la base du crâne et de la paroi postérieure du pharynx. Les inférieurs se jettent dans 3 ou 5 petits ganglions échelonnés au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde.

Ce court aperçu montre suffisamment les moyens de défense dont dispose le cavum, situé sur la grande route des invasions, pour résister aux attaques qui le menacent. Nous verrons d'abord l'épithélium, avec ses flagella, sans cesse occupé à écarter les envahisseurs. A côté des cils, les secondant, les glandes sécrètent leur mucus dont l'action est double. D'une part, elles diluent les toxines et enrobent les poussières (Claisse) ; d'autre part, elles atténuent et détruisent au besoin

les germes qui ont pénétré ces régions (Wurtz et Lermoyez). Enfin, plus profondément, placés comme des réserves, nous avons les corpuscules lymphoïdes qui constituent un troisième moyen de défense, le plus énergique peut-être, celui en tous cas qui n'entre en ligne qu'en dernier ressort, alors que les deux premiers agents ne sont plus suffisants. Les globules blancs contenus dans ces corpuscules font en effet partie de ces éléments défensifs auxquels on a donné le nom de phagocytes. Mais la phagocytose est trop connue pour que nous ayons à nous y arrêter.

Dans quelles conditions, les barrières physiologiques qui protègent la muqueuse du cavum étant rompues, l'infection se produira-t-elle? Ici nous retrouvons toutes les causes prédisposantes signalées dans la pathologie générale de l'infection. C'est la débilité du sujet, mais plus encore c'est le mauvais état habituel de la muqueuse nasale. Tout le monde sait que toutes les fois qu'il y a obstruction du nez, la muqueuse des fosses nasales subit une dégénérescence. Il se produit alors de la rhinite chronique. Vienne un refroidissement, la virulence des germes sera exaltée et il est aisé de comprendre dès lors que l'inoculation se fera de proche en proche. Le muco-pus, au moment du décubitus dorsal, tombant dans le cavum, il en résultera d'abord une irritation ou, si l'on veut, à un moindre degré, une macération de l'épithélium tapissant la voûte. Il se produira consécutivement des ulcérations de la muqueuse (Megevand), et l'infection n'aura aucune peine à s'établir. Donc, le refroidissement amenant un coryza pourra donner lieu à l'adénoïdite. Dans d'autres cas celle-ci reconnaîtra pour causes les grands processus infectieux, scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde. Nous nous trouverons ici en présence du processus commun à toutes les infections secondaires. Les phagocytes occupés à repousser l'attaque principale ou fatigués par une lutte prolongée à la fin d'une maladie, ne suffisent plus complètement à leur tâche. Il en résulte que certains points, parmi lesquels le cavum pharyngé, sont plus particulièrement exposés, par le fait même de leur situation, à subir les périls d'une invasion.

Donc, comme cause des adénoïdites nous signalerons le

coryza que nous retrouvons dans nombre de nos observations; nous citerons encore les divers processus infectieux. De même l'adénoïdite pourra résulter de l'extension de l'inflammation palatine à l'amygdale pharyngée. On doit encore, dans le même ordre d'idées, noter dans ce chapitre étiologique les processus inflammatoires, qu'ils siègent dans la bouche ou dans le nez. On a même cru pouvoir attribuer à l'adénoïdite certaines fièvres mises sur le compte de la dentition. Nous avons pu nous-même (Obs. 1) observer un cas dans lequel les accidents inflammatoires eurent pour point de départ une éruption dentaire.

Citons aussi le traumatisme, les accidents survenant ici, à la suite d'un toucher rhino-pharyngien pratiqué trop vigoureusement avec un doigt insuffisamment aseptisé. Enfin joignons à tout cela la suppression, ou tout au moins la difficulté d'écoulement des différents mucus bactéricides, et nous en aurons fini avec l'étiologie. Nous laissons de côté la question des germes. Il n'y a pas là de microbes spécifiques.

III

Nous arrivons maintenant aux symptômes de l'affection. Les observations sur lesquelles est basée notre étude sont au nombre de 28. Nous n'en avons cité que 12 pour éviter les longueurs. On les trouvera à la fin de notre travail. Elles proviennent, soit de notre pratique, soit de notre clinique.

Le premier effet du travail inflammatoire est d'amener rapidement (Moure), soit la production des troubles attribués aux végétations adénoïdes, soit leur exagération lorsqu'ils existaient déjà antérieurement. Dans le premier cas, à la suite du traitement approprié, on pourra assister à la cessation de tout désordre fonctionnel, et l'on se trouvera ainsi en présence de cet état que Lermoyez désigne sous le nom de « pseudo-syndrôme inflammatoire des végétations adénoïdes. » Dans le se-

cond, l'inflammation se greffe sur une amygdale déjà hypertrophiée. Ainsi tel enfant qui dort la bouche fermée, qui respire relativement bien par le nez, présentera presque, du jour au lendemain, le tableau classique de l'hypertrophie adénoïde la plus accentuée. Tel autre, qui ronflait un peu la nuit, sera pris d'accès de stridulisme, de bourdonnements, de surdité. Il aura de la bave, etc.

Nous devons parler maintenant de la tuméfaction douloureuse des ganglions angulo-maxillaires. La plupart du temps ceux-ci sont hypertrophiés chez les adénoïdiens et cela n'a rien de bien particulier si l'on songe à quel point le système lymphatique est délicat chez l'enfant. Mais il y a quelque chose de plus dans l'adénoïdite où les ganglions tuméfiés sont douloureux au toucher. Cette question de la propagation de l'infection aux ganglions offre surtout de l'intérêt depuis que Pfeiffer a mis en relief une espèce morbide qu'il décrit sous le nom de fièvre ganglionnaire. On a beaucoup discuté sur ce sujet. Comby, Moussous et Desplats ont repris chez nous les études de l'auteur allemand. Il y aurait lieu de se demander si cette affection ne serait pas autre chose qu'une des manifestations de l'adénoïdite. Dans les observations que l'on a publiées, il est souvent question de catarrhe rhino-pharyngien. Au mot près cela ressemble assez à ce dont nous nous occupons ici. Voici d'ailleurs ce que dit Comby à ce propos : « La fièvre ganglionnaire n'est qu'une inflammation fébrile des ganglions angulo-maxillaires. Cette adénopathie, observée surtout dans la première enfance, semble être sous la dépendance de manifestations angineuses légères. Son siège seul l'indique [1]. »

Il nous paraît donc qu'en observant systématiquement au point de vue de l'adénoïdite les malades atteints de fièvre ganglionnaire on pourrait peut-être arriver à incriminer l'inflammation de l'amygdale pharyngée. Mais ce n'est là qu'une hypothèse et nous avouons du reste n'avoir jamais rencontré un fait de ce genre.

L'adénoïdite aiguë s'accompagne de fièvre. Suivant Rey, la température pourrait s'élever jusqu'à 39 et même 40°. C'est la

[1] *La médecine infantile*, 15 janvier 1894.

température commune dans les amygdalites. Il est donc logique de l'admettre ici. Nous n'avons cependant jamais observé de phénomènes fébriles aussi intenses.

A l'examen, ce qui frappera c'est la rougeur diffuse du pharynx, rougeur masquée par le pus qui descend du cavum et tapisse la muqueuse. Purulente dans certains cas, mucopurulente dans d'autres, la sécrétion est quelquefois à peine teintée, cela surtout au moment du déclin des phénomènes aigus. Nous avons observé aussi une hypertrophie presque constante des amygdales palatines, et cela n'a rien de surprenant pour qui connaît les relations intimes qui réunissent l'un à l'autre les divers éléments constitutifs de l'anneau de Valdeyer.

La marche de la maladie est, comme l'a dit Moure, celle des inflammations aiguës en général. La fièvre n'existe habituellement que tout à fait au début, et la période d'état, sauf complications, ne dure guère au-delà de 2 ou 3 jours. Après ce laps de temps, tout rentre dans l'ordre ou l'affection passe à l'état chronique, ce qui s'explique de soi si l'on songe aux multiples anfractuosités dont l'amygdale est devenue le siège sous l'influence de l'hypertrophie, anfractuosités si difficiles à désinfecter. Dans ce cas, la symptomatologie est différente. Elle se caractérise alors par un hemmage fréquent, par les efforts que fait l'enfant pour débarrasser son arrière-gorge des mucosités qui l'encombrent. Il se produit aussi de la céphalalgie, phénomène d'ailleurs commun dans l'adénoïdite aiguë. Cette céphalalgie, sur laquelle le professeur Vergely, de Bordeaux, a attiré plus particulièrement l'attention, serait due, suivant Luschka, à l'irritation du nerf de Bock. Ce nerf, émané du maxillaire supérieur, deuxième branche du trijumeau, peut devenir, dans les pharyngites chroniques, dit l'auteur allemand, le siège de douleurs névralgiques que les malades localisent dans la profondeur du crâne.

Il peut arriver encore que certains malades exhalent une odeur rappelant de très loin, dit Moure, celle de l'ozène. C'est plutôt, ajoute cet auteur, une exhalaison un peu forte, fade plutôt que réellement fétide. Lubet-Barbon (communication orale) nous a dit en avoir observé plusieurs cas.

A l'examen on trouvera dans le cavum du muco-pus plus ou moins abondant et plus ou moins louche, suivant que les phénomènes aigus seront de date récente ou non.

IV

Nous aurions voulu, et nous avons tenté de le faire, mettre en rapport les phénomènes cliniques avec les résultats fournis par l'anatomie pathologique. Envisageant le tissu adénoïde du pharynx comme un véritable organe hématopoiétique, Michel Dansac avait divisé les végétations en scrofuleuses, lymphadéniques et syphilitiques. Il eut été intéressant dès lors de suivre les manifestations du processus inflammatoire sur ces divers terrains. Mais nous avons dû renoncer à notre projet, les questions que cette étude soulève étant trop complexes et encore trop obscures.

V

Il nous reste à voir maintenant quels sont les troubles produits à distance par l'affection qui nous occupe. Nous avons comparé l'inflammation du tissu adénoïde du pharynx à l'inflammation des amygdales palatines, à l'amygdalite. Mais il y a entre ces deux organes, tissu adénoïde du cavum et amygdales, une différence capitale. Tandis que ces dernières sont enveloppées d'une coque relativement dense et épaisse qui peut limiter l'infection à la loge amygdalienne, il n'en est plus de même dans l'amygdale pharyngée dont tous les éléments communiquent entre eux presque sans interposition de tissu cellulaire. Tous les éléments lymphatiques du rhinopharynx et même de la trompe, comme on l'a vu, sont donc, chez l'enfant tout au moins, sous la dépendance les uns des autres. Et il est aisé de prévoir par suite, avec quelle facilité l'infection pourra, dans certains cas, se propager aux oreilles. Je n'apprendrai rien à personne en signalant les otalgies, les obstructions tubaires et même les otites qui surviennent sous

la moindre poussée d'adénoïdite. Ces otites ont parfois pour caractère d'être peu douloureuses et de courte durée. Sans que l'on puisse nettement établir la cause de ce fait, on pourrait se demander s'il n'est pas dû à l'atténuation des germes qui sont depuis longtemps les hôtes des muqueuses. D'autres fois, l'otite aiguë éclate avec tous ses symptômes. Ils sont trop connus pour que j'y insiste. En tous cas, ce qui est certain, c'est que l'otite est une complication fréquente de l'inflammation des végétations adénoïdes hypertrophiées ou non. Nous n'entrerons à ce propos dans aucun détail de statistique, celle-ci variant, selon les divers auteurs, dans des proportions telles qu'il est bien difficile d'arriver à une moyenne précise.

Mais un enfant n'a pas impunément du muco-pus au niveau du cavum, c'est-à-dire à la partie supérieure des voies respiratoires et digestives. Obéissant aux lois de la pesanteur, les germes et les toxines pourront arriver jusqu'au larynx et même jusqu'aux bronches (obs. 11, obs. 12). Ils produiront dans le premier cas de la laryngite, dans le second de la bronchite. A la vérité, le système respiratoire supérieur, richement armé contre l'infection toujours imminente, oppose une résistance chronique à un danger permanent (Claisse). Mais il faut considérer ici que l'obstruction nasale prive les adénoïdiens du filtre par excellence constitué par les anfractuosités des cavités nasales. C'est donc un air impur et contaminé qu'ils respireront. Cet air, chargé de poussières plus ou moins irritantes, pourra souvent contribuer à l'ulcération de l'épithélium bronchique, et lorsque le muco-pus descendra du cavum il trouvera, de ce fait, dans les bronches un terrain éminemment propice aux infections. Cette complication a été notée, je dois le dire, par tous les auteurs. Ce n'est pas tout encore. Les muqueuses sont douées d'un pouvoir d'absorption remarquable, et les enfants, s'ils possèdent un réflexe expulsif, du moins ne crachent pas. Il suit de là que, consécutivement à l'absorption des toxines ou à leur déglutition, on verra se produire soit de véritables phénomènes d'intoxication, soit des troubles gastro-intestinaux. Ceci nous explique la teinte jaune paille des téguments tranchant sur la blancheur des conjonctives anémiées, et cet aspect cachectique de certains enfants qui

semblent, pour ainsi dire, revenir à la vie dès qu'on a supprimé les causes de l'empoisonnement.

VI

Le diagnostic de l'adénoïdite est ordinairement facile. Toutes les fois que l'on trouvera de l'engorgement douloureux des ganglions, de la fièvre et l'exagération des symptômes des végétations, le tout coïncidant avec la présence du pus dans le cavum, on peut être sûr qu'il s'agit de l'adénoïdite aiguë. Nous n'insistons pas d'ailleurs sur ce paragraphe, notre but n'étant pas d'apprendre à nos confrères une question qu'ils connaissent déjà, mais seulement de faire ressortir quelques points de l'étude des adénoïdites.

Quant au pronostic, éminemment variable suivant le terrain, suivant les sujets, il dépendra également de la virulence des germes, causes de l'infection. En réalité il est plutôt sérieux, l'adénoïdite amenant parfois des troubles dont les conséquences peuvent être graves.

Est-ce à l'adénoïdite qu'il faut attribuer ces accidents réflexes apparaissant par intervalles et sous l'influence du moindre froid, ces angines striduleuses, ces quintes de toux coqueluchoïde et même les incontinences d'urine si fréquemment observées par Lockart et survenant chez les adénoïdiens à la moindre poussée inflammatoire ? Cela est possible. C'est au niveau des végétations qu'aboutissent les terminaisons de ce vaste plexus pharyngien, constitué d'une part par le spinal, le pneumo-gastrique et le glosso-pharyngien, en rapport de l'autre avec les filets du grand sympathique qui longent l'artère carotide interne et tiennent sous leur dépendance toute l'irrigation vasculaire de la région céphalique antérieure et de la base de l'encéphale. Quoi qu'il en soit, nos observations ne signalent aucun des réflexes rapportés un peu partout par les auteurs.

VII

Quel sera le traitement de l'adénoïdite ? Avant de le décrire nous devons établir nettement cette règle absolue, déjà posée par Rey, à savoir qu'il ne faut jamais toucher à des végétations adénoïdes enflammées. Pour le reste, en ce qui a trait aux phénomènes aigus, il sera en tout pareil à celui de l'amygdalite aigue buccale, c'est-à-dire : qu'on emploiera les moyens diététiques, le repos au lit ou à la chambre ; on prescrira la diète, ou seulement une alimentation restreinte, Chez les jeunes enfants on se trouvera bien d'user d'une purgation légère. Chez ceux qui peuvent absorber des cachets on pourra tenter la désinfection du tube digestif au moyen du benzo-naphtol, en même temps qu'on prescrira le chlorhydrate de quinine, (0,05 centigrammes pour chaque année de l'enfant). Quant au traitement local, comme on ne peut agir directement sur le cavum on y arrivera par la voie nasale et on se servira des lavages avec cette double restriction que : A. les lavages devront être faits d'une façon extrêmement douce, constituant plutôt un bain de nez qu'un lavage proprement dit ; et B. on devra s'assurer, avant de les prescrire, que l'entourage du malade est suffisamment intelligent pour exécuter à la lettre les ordres du médecin. Dans l'intervalle des lavages on fera introduire dans chaque narine de la pommade iodolée ou dermatolée sans menthol. On pourra aussi essayer quelques attouchements du pharynx avec la glycérine résorcinée.

Au point de vue des règles de l'hygiène il sera bon d'ordonner l'isolement du malade. On le séparera surtout de ses frères et sœurs, ceux-ci ayant également souvent des végétations adénoïdes.

L'otite étant toujours fonction d'adénoïdite, on redoublera de précautions si l'enfant a déjà eu des otorrhées. Dans les formes moins aiguës et qui se règlent dans un espace de temps beaucoup plus long, alors que l'enfant est simplement mal en train et présente une suppuration torpide de son pharynx, on

aura recours aux eaux sulfureuses ou aux insufflations de poudre d'aristol, soit :

Poudre d'aristol Sucre de lait	ãã 5 grammes

Pulvériser, passer au tamis n° 10, en insufflations 3 à 4 fois par jour.

Quand l'enfant reviendra consulter le médecin après avoir rigoureusement suivi son traitement, deux choses pourront avoir lieu : 1° Le malade avait de l'adénoïdite primitive simple, essentielle, et il sera complètement guéri ; ceci nous explique, disons-le une fois de plus, le triomphe du traitement médical contre les végétations. Cela nous démontre encore les succès de l'air marin (Verneuil, Castex) qui agit d'une façon si remarquable sur l'adénoïdite chronique chez les sujets strumeux. (Observations de Lermoyez: enfants adénoïdiens respirant bien par le nez seulement lorsqu'ils sont au bord de la mer.)

2° Dans les cas les plus fréquents il s'agit d'adénoïdite secondaire greffée sur des végétations. Ici le traitement améliore mais il ne guérit pas. Notre devoir est alors de faire comprendre aux parents et au médecin que ce n'est là qu'une trêve et non la paix définitive comme tout-à-l'heure. On insistera sur ce fait qu'à la moindre attaque nouvelle de froid les phénomènes inflammatoires se reproduiront. Or, chacune de ces poussées est un danger constant pour l'oreille. Elles constituent en outre une prédisposition indéniable à la diphtérie. Par conséquent, il faudra intervenir. Ne sait-on pas par analogie, et ici elle est plus qu'évidente, que l'intervention chirurgicale seule permet de réduire les amygdales palatines hypertrophiées ? Et il n'y a pas en chirurgie deux catégories d'indications opératoires. Il faudra donc opérer, et radicalement, quelle que soit la structure anatomique de la végétation.

En résumé, que celle-ci soit tuberculeuse ou non, le dernier mot devra rester à la pince et à la curette.

OBSERVATIONS

OBS. I. — *Végétations adénoïdes et adénoïdites.* — S... Pierre, 11 mois, 17, rue Rollin. — Entrée à la clinique le 16 mai 1894, — n° du registre : 501.

Enfant bien constitué. Depuis la naissance bonne santé, mais coryza très fréquent. N'a jamais eu de difficultés pour téter. (Nourri au sein par sa mère)

Le début des accidents remonte à un mois et a coïncidé avec le début de l'éruption dentaire. Les deux incisives inférieures ont complètement poussé ; les autres sont en voie de développement. L'enfant a maigri depuis un mois, il respire mal par le nez, il ronfle beaucoup la nuit, dort la bouche ouverte. Un peu de dyspepsie intestinale. Les téguments ont une teinte paille très nette. Extérieurement pas d'écoulement nasal, pas de traces d'impétigo ni du vestibule, ni de la lèvre supérieure. Dans le nez, pas de muco-pus. Muqueuse des cornets rose peu tuméfiée. Pharynx très rouge. Un peu d'œdème de la luette et des piliers. Au toucher on constate des végétations adénoïdes extrêmement abondantes et dures. Muco-pus abondant dans le cavum. Ganglions angulo-maxillaires très gros et douloureux, ayant, notamment à droite, le volume d'une noisette.

Il s'agit là de végétations bien tolérées tout d'abord mais qui ont grossi sous l'influence d'une poussée d'adénoïdite en rapport avec l'éruption dentaire, et ont donné lieu à des accidents d'obstruction nasale très marquée.

L'enfant sera opéré par séances successives à partir du 24 mai. D'ici là désinfection du nez et de la gorge. Nez : vaseline iodolée. Pharynx : glycérine salolée au 1/40.

28 mai. — L'enfant a eu un peu de bronchite et l'on n'a pu l'amener à la consultation qu'aujourd'hui. Plus de ronflements la nuit, dort encore la bouche ouverte. Figure pleine, teint normal. Le petit malade tette mieux qu'au début des accidents. On sent encore un ganglion angulo-maxillaire un peu gros et très mobile du côté droit. Rien aux amygdales. Continuation du traitement.

10 juin. — L'enfant va bien. On le ramènera mercredi prochain pour voir si l'on peut l'opérer de ses végétations le lendemain.

14 juin. — Enlevé à la pince 5 ou 6 petites végétations adénoïdes sans bromure d'éthyle. On a donné 3 coups de pince. Traitement consécutif : pommade boriquée dans le nez.

18 juin. — L'enfant n'a pas souffert à la suite de l'opération. Aucune réaction. Au bout de 2 heures prenait le sein sans difficulté. La gorge est en bon état ; depuis l'opération l'enfant ne ronfle plus et dort la bouche bien fermée.

OBS. II. — *Adénoïdite. Pseudo-syndrôme de végétations.* — Gaston V... 6 ans et demi, 42, avenue de Neuilly. — Entré à la clinique le 9 mars 1894, — n° du registre : 233.

Se plaint de mal respirer par le nez, et au dire du père aurait un peu de dureté de l'ouïe. Pas de maladie infectieuse antérieure, mais très délicat de la gorge, chaque fois qu'il prend froid, crache des mucosités jaunâtres et se met à tousser. A ce moment dort constamment la bouche ouverte. Vendredi dernier est revenu de l'école, ayant le cou légèrement enflé et douloureux. Le médecin n'ayant rien trouvé du côté des amygdales, nous a adressé le petit malade.

L'enfant est grand pour son âge. Il n'a pas le facies adénoïdien, maintient bien sa bouche fermée. Gros ganglions angulo-maxillaires des deux côtés. Ganglions sus-hyoïdiens, un peu mous, peu douloureux. Audition à la montre : O. G. Plus d'un mètre. O. D. idem. Audition bonne.

Examen. — Nez. A droite, muco-pus sur le plancher, muqueuse un peu rouge, cornet inférieur hypertrophié. Narine gauche obstruée par des croûtes muco-purulentes.

Bouche. Amygdales palatines assez volumineuses, légèrement pédiculées, et laissant entre elles un espace suffisant. Nappe de muco-pus jaunâtre descendant du cavum.

O. D. Membrane très enfoncée. Amincissement au niveau du cadran antéro-inférieur simulant une cicatrice. Le père affirme néanmoins que l'oreille n'a jamais coulé.

O. G. Membrane opaque très enfoncée.

En présence des troubles ci-dessus décrits, muco-pus, ganglions douloureux et le léger état inflammatoire pour lequel l'enfant nous a été conduit, le toucher du rhino-pharynx a été remis à plus tard. Insufflations de poudre d'aristol faites séance tenante dans une narine ; sort très bien de l'autre côté.

12 mars. — État stationnaire. Le malade reviendra vendredi.

14 mars. — Ronfle moins la nuit, mais se plaint toujours d'une sensation de brûlure dans la gorge.

19 mars. — Toujours du muco-pus. On prescrit une pulvérisation d'eau sulfureuse.

21 mars. — Amélioration. Moins de muco-pus.

13 avril. — Les pulvérisations d'eau sulfureuse sont faites tous les deux jours Insufflations de poudre d'aristol et de sucre de lait quatre fois par jour. Sous l'influence du traitement l'adénoïdite a diminué. On n'observe, dans le cavum, au lieu de pus, que du mucus légèrement louche. Ne respire plus la bouche ouverte et ne ronfle plus la nuit.

Le toucher pratiqué pour la première fois montre que le cavum est absolument libre. Pas d'hypertrophie de la queue des cornets. Aucune végétation au niveau des trompes. Il y a seulement un état mollasse de la partie postéro-supérieure du cavum donnant l'impression d'une muqueuse qui aurait tout au plus deux ou trois millimètres d'épaisseur. Cette région saigne rès facilement.

Examen du nez : muqueuse rouge. Cornets inférieurs un peu tuméfiés mais n'obstruant pas la narine. Filaments de mucus presque transparents. Continuation du traitement auquel on ajoute un peu de sirop antiscorbutique.

7 mai. — L'enfant a suivi bien exactement le traitement ci-dessus. Il n'y a plus de muco-pus dans le pharynx. Il reste un peu d'hypertrophie des amygdales palatines, mais rien du côté du tissu adénoïde de la voûte. L'enfant ne ronfle plus, ne dort plus la bouche ouverte. En résumé il va aussi bien que possible.

17 août. — L'enfant continue à aller très bien. Bouche close. Ne ronfle plus la nuit. Cependant, de temps à autre, un peu d'obstruction nasale. Localement même intégrité du cavum que le 7 mai. Pas du tout de muco-pus. État général excellent.

OBS. III. — *Adénoïdite. Pseudo-syndrôme de végétations.* — M .. Henri, 6 ans et demi, 30, rue Eugène Sue. — Entré à la clinique le 2 avril 1894, — n° du registre : 318.

Enfant ronflant la nuit, dormant la bouche ouverte. Cauchemars, terreurs nocturnes. A pris froid, il y a 2 ou 3 mois. Depuis ce temps a eu d'abord du coryza, de la fièvre, puis sont survenus les troubles accusés ci-dessus. Ouïe bonne. Enfant peu développé pour son âge.

Examen : Amygdales légèrement hypertrophiées. Muco-pus abondant tombant du cavum. Gros ganglions angulo maxillaires un peu douloureux. Traitement : poudre d'aristol en insufflations. Pulvérisations d'eau sulfureuse.

11 avril. — Plus de muco-pus. Ronfle moins. Continuation du traitement.

7 mai. — L'enfant va absolument bien. On pratique la rhinoscopie postérieure, et l'on constate un léger bourrelet adénoïdien.

OBS. IV. — *Opération de végétations adénoïdes. Réapparition des troubles faisant croire à une récidive.* — Léon B..., 6 ans, 15, rue Jean-Lantier. — Entré à la clinique le 4 mars 1895, — n° du registre : 1253.

Enfant opéré en province, au mois d'août dernier. Violente hémorrhagie par le fait de laquelle, nous dit la mère, l'opération a été incomplète. Amélioration notable après l'opération, notamment les bronchites à répétition n'ont plus été observées. Depuis quelque temps, à la suite d'un refroidissement, les symptômes d'obstruction nasale antérieurs à l'opération ont réapparu. Et c'est ce qui a décidé la mère à faire le voyage à Paris.

Examen difficile. Enfant très rebelle. Amygdales légèrement hypertrophiées, creusées de cryptes.

Nez : au-dessous des narines, sur la lèvre supérieure, un peu d'irritation due à l'écoulement. Nez rempli de muco-pus ; hypertrophie des cornets inférieurs, surtout du côté gauche. Toucher rhino-pharyngien : choanes libres. Pas de végétations obstruant les trompes. Amygdale pharyngée un peu épaissie. Muco-pus assez abondant dans le cavum. Pas de ganglions.

On prescrit de la poudre d'aristol dans la journée et de la pommade boriquée le soir.

8 mars. — Légère amélioration. Continuation du traitement. L'enfant reviendra dans un mois. N'est pas revenu.

OBS. V. — *Adénoïdite simulant une récidive de végétations adénoïdes après ablation.* — U..., 15 ans, 61, rue Balagny. — Entré à la clinique le 13 avril 1894, — n° du registre : 364.

Il s'agit d'un malade opéré il y a un an de végétations adénoïdes et qui, depuis trois mois, à la suite d'un refroidissement, a vu récidiver les troubles pour lesquels il avait été opéré, ronflements, obstruction nasale, etc. Ce malade avait du muco-pus dans le cavum, des accès de fièvre intermittents et des douleurs vives au niveau des deux oreilles. On a prescrit le traitement habituel, insufflation de poudre d'aristol, pommade, pulvérisations d'eau sulfureuse. On y a joint par la suite des badigeonnages de glycérine iodée. Au bout d'un mois environ (8 mai) l'état s'était considérablement amélioré, et le malade put quitter la clinique sans avoir eu à subir une nouvelle intervention.

OBS VI. — *Adénoïdite ayant provoqué des troubles digestifs et un véritable arrêt de développement.* — M..., 13 ans, 12, rue de la Mare, — Entré à la clinique le 9 mai 1894, n° du registre : 454. —

L'enfant se plaint de ne pas respirer par le nez et de dormir la bouche ouverte. Léger degré de surdité.

Il y a 3 ans, fièvre muqueuse pendant laquelle les deux oreilles ont coulé. L'écoulement a duré 3 ou 4 jours et n'a pas reparu. Depuis ce temps l'ouïe n'a jamais été très bonne. Depuis un an l'enfant respire difficilement par le nez, ronfle la nuit, a constamment la bouche ouverte. Au point de vue de l'état général : minus habens. Petit, peu développé, paraît avoir au-dessous de 10 ans. Ganglions sous-maxillaires nombreux et volumineux. Chaîne récurrentielle hypertrophiée et léger degré d'adénopathie trachéo-bronchique. Pas de ganglions cervico-supérieurs ni de ganglions de la nuque. Dents mal plantées, chevauchant l'une sur l'autre, crénelées. Bosse frontale légèrement saillante. Saillie du sternum, abdomen volumineux avec un peu de dilatation veineuse. On constate un certain degré d'hypertrophie de la rate.

Testicule droit resté dans l'anneau, d'où il peut être repoussé par la pression dans le scrotum. Il en est de même du testicule gauche qui, lui, reste normalement dans le scrotum. On ne sent au niveau de l'anneau inguinal aucune pointe de hernie. Ganglions superficiels de l'aine tuméfiés et indolores. Incurvation des jambes en dedans. Saillie des apophyses épineuses à partir de la neuvième ou dixième dorsale. Au niveau de l'articulation des trois pièces coccygiennes avec le sacrum la dernière pièce de cet os fait une saillie en arrière, et le coccyx est légèrement mobile d'arrière en avant sous la poussée d'une faible pression. Il ne paraît y avoir ni sub-luxation ni autre déformation osseuse. Le système osseux est bien développé. Hypertrophie des extrémités humérales et digitales.

Pâleur des conjonctives. Teint jaunâtre contrastant avec la coloration des lèvres et présentant un aspect analogue à celui qu'on observe dans les cachexies. Troubles digestifs fréquents. Anorexie. De temps à autre diarrhée.

Pharynx : — Amygdales peu volumineuses, irrégulières, très enchatonnées. Granulations en chaîne, de couleur rosée, situées en arrière du pilier postérieur, semblable à ce qu'on observe dans la pharyngite latérale de l'adulte.

Nez. — Narine droite, un peu de muco-pus, cornets peu développés, muqueuses rouges.

Oreilles. — Bouchons cérumineux.

A la rhinoscopie postérieure on constate que le cavum est rempli de muco-pus, lequel descend jusque dans le pharynx. Il est légèrement louche, grisâtre, et ressemble à la sécrétion de la pharyngite granuleuse.

Étant donné la gorge rouge, les ganglions et le muco-pus remplissant le cavum, on porte le diagnostic d'adénoïdite et l'on prescrit des insufflations d'aristol et de sucre de lait.

15 juin. — L'enfant qui avait été amélioré par le traitement a été brusquement pris, à la suite d'un refroidissement, de fièvre qui a duré jusqu'à hier jeudi. Le médecin a attribué ces accidents à une affection de la gorge et il a prescrit un gargarisme et une purgation. On constate du muco-pus très abondant, les ganglions angulo-maxillaires sont douloureux au toucher, la gorge est rouge. On prescrit des lavages avec de l'eau bouillie. Continuation de l'autre partie du traitement.

2 juillet. — L'enfant va mieux. Moins de muco-pus. On peut faire la rhinoscopie postérieure. Petites végétations mollasses n'obstruant ni les trompes ni les choanes.

11 juillet. — L'enfant, tout-à-fait bien, ne reviendra que dans deux mois.

18 septembre. — Le malade s'est un peu développé, a eu une ou deux récidives d'adénoïdite, mais à l'heure actuelle paraît tout-à-fait en voie de guérison. — A revoir dans 6 mois.

OBS. VII. — *Adénoïdite. Réchauffement d'une otite chronique.* A..., 14 ans, 10, rue St-Augustin, employé de commerce. — Entré à la clinique le 20 juin 1894, — n° du registre : 602.

Il s'agit d'un malade qui avait eu dans son enfance des végétations adénoïdes. Ces végétations avaient subi le processus de régression, et peu à peu les troubles fonctionnels qu'elles occasionnaient avaient disparu. Les otites à répétition, qui étaient assez fréquentes, n'avaient plus réapparu. Mais depuis quelques jours a ronflé la nuit, dort la bouche ouverte ; un peu de fièvre. Muco-pus louche dans l'arrière-gorge, amygdales un peu volumineuses, fibreuses, percées de cryptes.

Je passe les détails de l'observation qui ont trait à l'oreille ; ils ne sont autres que ceux de l'otite ; la montre est cependant perçue au contact appuyé. Le cavum est rempli de muco-pus ; ganglions angulo maxillaires. Hypertrophie du tissu adénoïde, qui apparaît comme un bourrelet rouge, enflammé.

Traitement : lavages du nez, insufflations de poudre d'aristol, pulvérisations d'eau sulfureuse.

Le traitement se continue pendant un mois environ. Au bout de ce temps, on note une sensible amélioration. La montre est perçue à 20 centimètres. Comme il y a, au niveau de la fosse nasale gauche, une crête vomérienne obstruant la narine et amenant de l'irritation de la muqueuse on enlève cette crête à la scie. (6 août). Pas d'incident opératoire.

Depuis lors, amélioration notable, et le malade sort guéri de la clinique.

OBS. VIII. — *Adénoïdite consécutive à un coryza chez un adénoïdien.* — V... René, 3 ans et demi, 45, rue St-Denis. — Entré à la clinique le 18 février 1895, — n° du registre : 1213.

La mère se plaint de ce que son enfant ronfle la nuit, qu'il dort la bouche ouverte, mange lentement, bave abondamment.

Examen. Pharynx un peu rouge, amygdales normales, muco-pus tapissant la paroi postérieure du pharynx. Narines tapissées de croûtes. Tuméfaction des deux cornets inférieurs, muco pus remplissant les fosses nasales. La mère raconte que les accidents ont débuté par le nez, qui a beaucoup coulé. L'enfant aurait eu à ce moment de la bonchite.

On pratique l'antisepsie nasale, et l'on pratiquera le toucher mercredi.

Le 21 février. — Toucher rhino-pharyngien. Végétations adénoïdes moyennement abondantes, opérées le 23 février.

1er mars. — L'enfant va mieux. Sort guéri de la clinique le 10 mars.

OBS. IX. — *Hypertrophie de l'amygdale pharyngée et des deux amygdales. — Pharyngite sèche consécutive.* — B... Andrée, 14 ans, 33, rue des Archives. — Entrée à la clinique le 8 juin 1894. — n° du registre : 550. — (Envoyée par le Dr Letulle. — Observation due à l'obligeance de M. le Dr Lermoyez.)

Cette jeune fille a consulté le Dr Letulle pour anémie, lymphatisme, chorée, etc.

Depuis très-longtemps mouche beaucoup, salit plusieurs mouchoirs par jour (muco-pus). A constamment la sensation de nez bouché.

Très-léger eczéma à l'entrée des narines, etc. Diminution de la sensibilité olfactive ; certaines odeurs fines sont perçues, d'autres, plus fortes, ne le sont pas.

Début de la menstruation il y a 2 mois.

Dort la bouche ouverte et ronfle la nuit.

Extérieurement, un peu d'empâtement du lobule et des ailes du nez. Nez plutôt petit, sans malformation, pas large à sa base.

Narine droite. — Rougeur vive. (La malade vient de subir un lavage du nez il y a 3 heures). Pas de traces de muco-pus ni croûtes dans cette narine.

Narine gauche. — Même aspect. Ni atrophie ni hypertrophie. Rougeur vive.

Pharynx. — Les amygdales ont été coupées il y a 2 mois, elles étaient énormes. Il reste encore un léger moignon de l'amygdale droite. Cette amputation a été nécessitée par des poussées d'amygdalite aiguë très-fréquentes.

Muqueuse des piliers, surtout postérieure, très épaisse, luette également. Paroi postérieure lisse et vernissée avec quelques granulations.

Rhinoscopie postérieure impossible à cause des réflexes.

Au toucher : Cavum est libre, renferme du muco pus. Pas d'hypertrophie de la queue des cornets. L'amygdale pharyngée forme une masse mollasse de quelques millimètres seulement d'épaisseur, très molle et saignant facilement.

Traitement. — Grattage de la voûte et cautérisations iodées. Lavages du nez au salol et pommade au dermatol.

Anémie, pâleur des téguments.

La malade reviendra ou non, suivant que M. Letulle aura décidé si elle doit ou non aller à la campagne. Le traitement serait alors remis à 2 mois.

La malade revient.

Le 5 septembre, après avoir fait des lavages du nez pendant plusieurs mois, l'amélioration subjective est très marquée ; plus de ronflement nocturne, plus de mucus nasal.

Examen du nez. — Muqueuse rouge ; muco-pus logé dans la narine droite.

Pharynx. — Muco-pus descendant de la voûte. Pas de sécheresse.

La rhinoscopie postérieure est impossible à cause des réflexes exagérés de la malade.

Traitement actuel : badigeonnage du cavum au nitrate d'argent au 1/20.

(Pendant tout le mois de septembre, c'es-à-dire 12 fois, le cavum a été badigeonné au nitrate d'argent au 1/20.

Le 1er octobre. — Va beaucoup mieux. Ne mouche presque plus, mais encore un peu de mucosités transparentes.

Ne ronfle plus la nuit ; ne bave plus. Ses oreillers ne sont plus tachés, tandis qu'avant, en se réveillant, elle trouvait son oreiller inondé de salive. N'a plus la sensation d'obstruction nasale.

Le nez va bien, pas traces de muco-pus ; muqueuse un peu rouge.

Le phaynx : paroi pharyngienne postérieure, très peu de sécheresse, quelques petites granulations, à peine apparentes.

Cavum absolument libre. La rhinoscopie postérieure ne peut être faite que rapidement avec la méthode de Voltolini.

La malade est guérie.

OBS. X. — *Adénoïdite consécutive à une scarlatine. Otite aiguë double.* — T... Georges, 11 ans, 15, rue Louis-le-Grand.

Cet enfant, dès la fin d'une scarlatine relativement bénigne, fut pris d'un coryza aigu à la suite duquel on observa de la rougeur des piliers, du voile et de la paroi postérieure du pharynx. Cet état n'occasionna d'abord qu'un léger mouvement fébrile, une sensation de cuisson très pénible au niveau de la gorge, le tout s'accompagnant, bien entendu, de phénomènes d'obstruction nasale, bouche ouverte, ronflements, etc. Deux jours après le début des accidents nous fûmes appelés auprès du malade qui commençait à se plaindre des oreilles.

Examen, nez : muqueuses rouges, fosses nasales remplies de pus, lequel descend dans le cavum et dans le pharynx qu'il tapisse dans toute sa surface. L'enfant est très docile, il se prête volontiers à un lavage du nez qui le débarrasse de l'amas de muco-pus encombrant ses cavités supérieures. On peut apercevoir alors, en haut du cavum, une masse assez volumineuse de tissu adénoïde oblitérant les choanes. Les deux tympans sont bombés, rouges. On pratique la paracentèse. Grâce à l'antisepsie et aux soins rigoureux, l'enfant était guéri au bout d'une quinzaine de jours.

OBS. XI. — *Adénoïdite ; pseudo-syndrôme de végétations adénoïdes ayant amené des troubles gastro-intestinaux et donnant lieu à des bronchites et à des accès d'asthme fréquents.* — Ces accidents sont consécutifs à une rougeole. Date de la première visite : 15 mars 1894.

C... Maud, 7 ans ; 34, rue Etienne-Marcel. — Cette enfant a eu la rougeole il y a un an. Tout se passa bien au cours de cette infection, mais un mois après, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise de fièvre, de frissons. Le médecin appelé pensa qu'il s'agissait là d'une angine, sans cependant pouvoir nettement préciser le diagnostic. Le pharynx était seulement un peu rouge. Cet état dura 4 ou 5 jours, au bout desquels tout parut rentrer dans l'ordre. Quelques jours après réapparition des accidents. Depuis ce temps on observa que la petite malade

ronflait la nuit, qu'elle dormait la bouche ouverte. Jusqu'alors bien développée, très intelligente, elle se mit à dépérir. Il survint également un peu de dureté de l'ouïe. L'enfant, dit la mère, ne pouvait être sortie le soir sans être immédiatement prise de bronchite. Il se produisait même de temps à autre des accès d'asthme qui inquiétaient beaucoup les parents. Tous les troubles furent mis sur le compte de la bronchite. Cependant, en présence du ronflement et des symptômes d'obstruction nasale on pensa à des végétations adénoïdes, et l'enfant nous fut amenée.

Examen. — Enfant chétive, pâle, anémiée. Les conjonctives décolorées tranchent sur la teinte jaune paille des téguments.

Nez. — Un peu de muco-pus.

Pharynx tapissé de mucosités jaunâtres descendant du cavum. La rhinoscopie postérieure permet d'apercevoir en haut de la voûte un bourrelet adénoïdien peu volumineux n'obstruant ni les choanes ni les trompes. Le tout est rouge et tapissé de muco-pus épais. En outre des troubles respiratoires la mère se plaint surtout de l'anorexie dont souffre son enfant et des diarrhées fréquentes qui la fatiguent énormément.

Rien aux poumons. Pas d'albumine dans les urines.

Audition. Montre, 10 centimètres à droite, 15 à gauche. D. V. X à droite. Les deux tympans sont enfoncés, dépolis, peu mobiles. Nous parlons d'intervention possible si les troubles auriculaires ne s'amendent pas. 15 jours après nous revoyons l'enfant. On a fait des lavages du nez, des irrigations avec de l'eau sulfureuse, et l'on insufflait dans le nez, trois fois par jour, de la poudre d'aristol. Moins de muco-pus. Le traitement sera continué.

20 mai. — L'amélioration continue. Il y a encore dans le cavum quelques mucosités, mais elles sont à peine louches et en tous cas moins abondantes. L'appétit est meillenr. Il n'y a plus de diarrhée, plus de maux de tête. De temps à autre accès d'asthme, mais les attaques sont plus légères et plus espacées que jadis. L'enfant est envoyée dans une station d'eaux sulfureuses. Le traitement suivi a consisté uniquement en pulvérisations et en lavages du nez, ceux-ci assez espacés.

La malade a été conduite par ses parents sur les bords de la mer pour passer les vacances. Au retour la guérison paraît complète. L'enfant a grandi, a bon appétit, est gaie. Elle entend mieux. On constate cependant encore un léger degré d'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. L'audition s'est améliorée. Montre : 0,80 centimètres à gauche. 0,60 centimètres à droite.

Nous avons vu la petite malade encore ces derniers temps et l'amélioration s'était maintenue sans la moindre rechute.

OBS. XII. — *Adénoïdite et laryngite consécutive. Pas de végétations adénoïdes.* — Jeanne H..., 5 ans et demi, 231, boulevard Pereire ; entrée à la clinique le 4 janvier 1895, — n° du registre : 1093.

Enfant pâle, blépharite ciliaire, frère mort à 7 ans de méningite à la suite d'une otorrhée datant de 3 ans.

Depuis 2 ans ronfle bruyamment, a de la peine à avaler, s'étrangle en buvant et a des quintes de toux fréquentes. Très agitée la nuit, elle se réveille, crie, est sujette aux terreurs nocturnes. Voix étouffée, un peu rauque.

Pas de maux de gorge ni de maux d'oreilles. Scarlatine il y a un an, à la suite de laquelle les accidents ont augmenté d'intensité. S'enrhume très facilement du nez. Chaque coryza est suivi d'une petite bronchite.

Au moment de l'examen pas d'adénopathie angulo-maxillaire, respiration calme, bouche close, pas de faciès adénoïdien ; mais cornets inférieurs un peu tuméfiés. Pas de muco-pus, nez libre.

Pharynx, muco-pus abondant descendant du cavum. Amygdale peu développée.

Cavum, peu de végétations. Une légère saillie mamelonnée de l'amygdale pharyngée.

Larynx, vestibule très rouge. Cordes vocales inférieures blanches, un peu rouges à leur extrémité postérieure. Traînée de muco-pus sur les cordes.

Traitement : Pommade iodolée, pulvérisations d'eau sulfureuse.

Nous ne continuons pas les détails de l'observation, l'enfant étant encore en traitement. Qu'il nous suffise de dire que les bronchites sont moins fréquentes, la voix moins enrouée.

III

DE L'EMPLOI DE L'HUILE MENTHOLÉE AU 10e DANS LES RHINO-PHARYNGITES CHRONIQUES

Par le Dr **HAMON DU FOUGERAY** (du Mans).

L'étude nosographique des pharyngites chroniques est encore loin d'être complète. La clinique d'abord, puis les recherches bactériologiques et anatomo-pathologiques, n'ont pas atteint le degré de perfection nécessaire pour fixer définitivement nombre de points discutés et discutables. Il en résulte que le traitement ne repose pas en ce moment sur des bases solides, et c'est pour cette raison que les résultats obtenus sont éminemment variables suivant les procédés employés, dérivés des théories très différentes admises par les différents spécialistes.

La manière d'envisager l'évolution des pharyngites chroniques doit-elle être conforme aux idées de Hajek, Lennox Browne etc... qui admettent l'unité pathologique de cette évolution dans laquelle l'hypertrophie, la granulation, l'atrophie ne seraient que les phases diverses d'une même entité morbide ; ou bien, faut-il, au contraire, concevoir l'existence de types bien définis, ayant chacun une étiologie, une marche et une lésion anatomique indépendantes ? Cette dernière opinion semble avoir rallié aujourd'hui un grand nombre d'auteurs, au moins pour certaines formes de pharyngites, et en particulier pour la pharyngite granuleuse. La dernière thèse[1], tout récemment parue sur ce sujet, repose toute entière sur ce principe.

(1) BAUDRILLER. — De l'angine granuleuse. Thèse de doctorat, Paris, mai 1895.

Quelle que soit la théorie admise, uniciste ou non, il reste un fait bien établi, c'est que le traitement local, tout en n'excluant pas le traitement général diathésique dont l'importance a été trop hâtivement niée en Allemagne, est de beaucoup le plus important, le seul même qui puisse donner des résultats sérieux à la condition d'être adapté à la lésion. Ce traitement local ne saurait être le même dans tous les cas ; bien plus, c'est une erreur grave de faire une application médicamenteuse uniforme sur toute l'étendue du pharynx qui peut présenter des lésions anatomiques très différentes juxtaposées. Ce dernier principe est trop rationnel pour qu'il soit besoin de le développer.

Mais il est un point sur lequel je tiens à attirer l'attention. Si l'on envisage le côté purement clinique de cette question, on reconnaîtra facilement qu'il existe un symptôme commun aux différentes pharyngites chroniques, que la lésion soit simplement catarrhale, ou bien hypertrophique avec ou sans granulations, ou atrophique. Ce symptôme consiste dans une gêne fonctionnelle qui se manifeste de différentes manières. Tantôt c'est une toux fatigante, tantôt, la sensation d'un corps étranger que les efforts du malade ne peuvent expulser, tantôt une sécheresse de la gorge très pénible, etc. etc....

Ce symptôme pharyngé s'accompagne souvent de troubles fonctionnels analogues du côté du nez ou du larynx, sans parler des réflexes. L'intensité de cette gêne fonctionnelle varie suivant les cas. Elle est parfois si légère qu'elle ne préoccupe pas celui qui en est atteint ; mais aussi, elle peut devenir si insupportable qu'elle affecte le moral même du malade, lui rend la vie insupportable et le détermine à renoncer à sa profession. J'ai tout dernièrement vu un cas semblable chez une institutrice de campagne venue me consulter après avoir essayé diverses médications inefficaces, et qui, pleurant à chaudes larmes, manifesta le plus violent désespoir que j'eus beaucoup de peine à calmer. Inutile d'ajouter que ce désespoir fit place à une grande joie, quand, sous l'influence d'un traitement approprié, cette institutrice put reprendre son enseignement.

Ce symptôme n'est donc pas une quantité négligeable pour le médecin. Bien au contraire, c'est le plus souvent parce qu'il

existe que l'on vient nous consulter. Quand cette gène fonctionnelle est nulle ou à peu près, le malade ne s'en préoccupe pas. Il n'est pas rare, en effet, de constater, chez un malade qui se plaint de surdité, l'existence d'une rhino-pharyngite chronique, cause directe de l'affection de la trompe ou de la caisse, sans réaction fonctionnelle. L'absence de ce symptôme est dans ce cas plus funeste qu'utile au malade, qui en ne faisant pas traiter une affection pour ainsi dire latente, a laissé le temps à cette affection de se propager à l'organe de l'ouïe.

Lorsque, au contraire, cette gêne fonctionnelle existe, la première, je dirai même la seule chose que demande le malade, c'est d'en être débarrassé le plus rapidement possible. Il est bien évident que sous l'influence d'un traitement rationnel, ce symptôme disparaîtra, mais il subsiste parfois encore assez longtemps, surtout si le malade ne peut se rendre chez le médecin qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. C'est pour cette raison que j'ai expérimenté divers moyens thérapeutiques depuis plusieurs années. Les solutions de chlorhydrate de cocaïne ont une action trop fugace ; la buée d'alun, si largement employée dans les cliniques de Vienne, ne m'a pas donné de résultats satisfaisants ; la glycérine iodo-iodurée, le nitrate d'argent, les gargarismes, etc., etc.., ne m'ont point paru atteindre le but. Ce but est en effet complexe. Pour arriver à atténuer la gène fonctionnelle produite par les diverses lésions des muqueuses du nez, du pharynx et du larynx, il me paraissait nécessaire d'employer une substance inoffensive que le malade pût manier en toute sécurité. Cette substance devait être anesthésique, antiseptique, et, de plus, devait agir en modifiant l'état congestif local. Mieux que toute autre substance le menthol me paraît jusqu'à ce jour répondre à ces indications.

Depuis deux ans, j'emploie journellement à ma clinique la solution de menthol au 10° dans l'huile ou la vaseline liquide. Après de mombreux essais, j'ai constaté que la proportion :

Menthol	1
Huile d'amandes douces ou Vaseline liquide. .	10

était suffisante daus la majorité des cas.

Je prescris donc à tout malade atteint de rhino-pharyngite chronique deux à trois badigeonnages par jour. Chaque badigeonnage doit être pratiqué de la façon suivante.

Le malade commence par tremper dans l'huile mentholée un petit pinceau semblable à ceux qui servent à faire de l'aquarelle, puis il l'introduit successivement dans chaque narine, renverse la tête en arrière et aspire fortement jusqu'à ce qu'il sente le goût du menthol. Prenant ensuite un grand pinceau coudé monté sur un manche en bois, que l'on trouve chez tous les pharmaciens, il l'imbibe de la solution et se badigeonne largement le pharynx en allant le plus bas possible et en remontant en arrière et au-dessus du voile.

Ce procédé simple m'a semblé le plus pratique ; mais on peut aussi employer l'huile mentholée en pulvérisations nasales, pharyngées et même rétro-nasales si l'intelligence et la sensibilité du malade le permettent.

Quoique le goût du menthol ne soit pas toujours agréablement ressenti au début, je puis affirmer cependant que tous mes malades se sont habitués rapidement à ce mode de traitement.

Les effets du menthol sont souvent surprenants. Au bout d'un temps très court, parfois deux ou trois jours, les sensations anormales sont considérablement atténuées et les malades, encouragés par ce premier résultat, acceptent avec confiance les autres moyens thérapeutiques qu'on leur propose, tels que cautérisation chimique, galvano-cautère, granulotomie etc., etc...

L'emploi de l'huile mentholée au 10°, tel que je viens de le décrire, est d'une innocuité absolue. Je n'ai jamais constaté le plus léger accident. Le malade peut donc s'en servir en toute sécurité. De plus, ces badigeonnages peuvent et même doivent être pratiqués sur toute l'étendue des muqueuses malades, ce qui permet de s'en servir à la fois pour le nez et pour le naso-pharynx et l'oro-pharynx. Agissant comme anesthésique et antiseptique, modifiant très heureusement l'état congestif local, rétablissant les sécrétions supprimées ou altérées, le menthol est un adjuvant précieux des autres agents thérapeutiques employés dans les différents cas. Ce n'est du reste qu'à ce titre

que je le signale, et je me garderai bien de tomber dans l'erreur commise par divers auteurs, en voulant en faire le seul et unique moyen de traitement des pharyngites chroniques. Il n'y a pas une pharyngite chronique, mais bien des pharyngites chroniques, ou, pour ne pas trancher cette question nosographique encore discutée, des états pathologiques différents avec lésions variables réclamant des modes de traitement appropriés.

Quoiqu'il en soit, après avoir expérimenté les badigeonnages du nez et du pharynx avec l'huile mentholée au 10e sur plusieurs centaines de malades, je puis affirmer que, si ce moyen ne doit pas être considéré comme exclusivement curatif, il procure presque toujours une amélioration rapide, et soulage, en atténuant, jusqu'à la faire disparaître, cette gêne fonctionnelle si fréquente et parfois si pénible. C'est à ce seul point de vue que j'ai cru utile de signaler ce procédé.

IV

UN CAS D'APHONIE HYSTÉRIQUE

Par le Dr **M. MANDELSTAMM**

Le 17 janvier 1895, Mme veuve T., cultivatrice, arrivant de province, vient nous consulter pour une aphonie complète. Elle nous raconte, qu'il y a trois mois elle fut prise d'un coup de froid et devint subitement aphone. Elle fut traitée pour une laryngite catarrhale, et bien qu'elle ne souffrît pas de la gorge, la voix ne revenait toujours pas. Voyant qu'elle n'en venait pas à bout, elle se décida d'aller consulter un médecin à Paris. M. le docteur Pillon, auquel elle s'adressa, ne lui trouvant rien aux poumons, ni dans la gorge, l'envoya à notre consultation. La malade est âgée de 35 ans, d'une constitution délicate. Pas d'antécédents héréditaires. Son père est mort d'une attaque d'influenza à l'âge de 73 ans, sa mère est vivante et jouit d'une bonne santé. Elle a eu quatre enfants, dont deux sont morts d'un accident, les deux autres qui lui restent, un garçon de 10 ans et une fille de 7 ans, se portent bien. A la suite de la naissance de sa fille, il y a 7 ans, elle a eu une forte secousse morale : le lendemain de ses couches on lui apporta son petit garçon écrasé par une voiture. Après cette grande émotion elle devint *nerveuse* et avait souvent des cauchemars dans la nuit. Quatre ans après elle a eu une fièvre typhoïde, dont elle n'a guéri définitivement qu'au bout de trois mois et qui lui a laissé, comme reliquat, une aménorrhée pendant trois mois. Après la réapparition des règles elle conserva une dysménorrhée, et très souvent, au moment des règles, elle avait des crachements de sang. Avec ces antécédents de la malade et en présence d'une extinction complète de la voix, il n'était pas difficile de conclure qu'il s'agissait d'une aphonie hystérique. Le diagnostic s'imposait ; il fut définitivement confirmé par l'examen de la malade, surtout par l'examen laryngoscopique. Rien du côté des poumons. Il existe une hypéresthésie très marquée au niveau de

l'angle de l'omoplate et de l'appendice xyphoïde. Le champ visuel est considérablement rétréci. Le pharynx a conservé sa sensibilité normale. La muqueuse laryngée est normale et les cordes vocales sont d'un blanc nacré, mais pendant les efforts de phonation, la glotte reste béante, présentant un triangle isocèle à large base en arrière. Malgré tous les efforts que fait la malade, il lui est impossible d'émettre un son, les cordes vocales ne se rapprochant pas. Dans le but d'explorer la sensibilité de la muqueuse laryngienne, nous touchons. au moyen d'une sonde métallique, recourbée à son extrémité, successivement l'épiglotte, les bandes ventriculaires et les cordes vocales. Aussitôt que la sonde a touché les cordes vocales, la malade commence à émettre des sons. En même temps elle est prise d'un spasme glottique, qui cède facilement à une aspersion d'eau froide. La malade nous parle, la voix est revenue, conservant toutefois quelque raucité. Nous pratiquons de nouveau l'examen laryngoscopique et nous constatons que, pendant la phonation, les cordes vocales se rapprochent vers la ligne médiane, mais qu'il reste encore entre elles un intervalle étroit sur toute leur longueur. Nous instituons un traitement général (bromure, valérianate d'ammoniaque). Le lendemain, la malade parle de sa voix normale, le rapprochement des cordes vocales est complet. Nous revoyons la malade au bout de 5 jours avec M. le docteur Pillon et constatons le retour complet de la voix. Nous regrettons de n'avoir pu suivre plus longuement la malade, qui a été obligée de retourner chez elle, à la campagne.

Comme on le voit, chez notre malade la paralysie avait frappé tous les adducteurs, sans intéresser en même temps les abducteurs.

Y a-t-il paralysie des abducteurs d'origine hystérique ? C'est un point qui, jusqu'à présent, n'a pas encore été suffisamment élucidé. Si, d'une part, il ne parait pas impossible d'admettre *à priori*, que dans l'hystérie la paralysie puisse frapper les muscles abducteurs, ainsi bien que les adducteurs, ou tout autre muscle de l'économie, il n'existe, d'autre part, jusqu'à présent, d'observation bien probante de paralysie des abducteurs d'origine hystérique, tandis qu'on ne compte plus les cas de paralysie hystérique des adducteurs. L'interprétation de ce phénomène, d'après ce que nous savons sur la physiologie

nerveuse du larynx, n'est du reste pas difficile. Les crico-aryténoïdiens postérieurs, muscles respiratoires, ayant pour fonction des mouvements involontaires, ont leur seul centre d'innervation dans le bulbe, du moins n'est-on pas encore arrivé à démontrer l'existence d'un centre respiratoire dans les hémisphères cérébraux, tandis qu'on connaît, depuis les recherches de Krause et de Semon et Horsley, un centre cortical phonatoire, dont l'irritation produit l'adduction des cordes vocales, sans provoquer des mouvements respiratoires. Ainsi, admet-on généralement l'origine cérébrale de l'aphonie hystérique, dans laquelle les muscles adducteurs, ayant une fonction soumise à la volonté et recevant leur innervation principale de l'écorce cérébrale, doivent être intéressés seuls, à l'exclusion des abducteurs.

Ce qui confirme bien l'origine cérébrale de l'aphonie hystérique c'est la conservation de la contractilité électrique par les muscles intéressés. Non seulement l'électrisation produit le rapprochement des cordes vocales, mais il n'est pas rare d'obtenir, en une seule séance d'électrisation le retour complet et définitif de la voix. De même que l'électrisation, il suffit parfois de la moindre irritation périphérique, telle que l'attouchement des cordes vocales au moyen d'une sonde (comme c'était le cas chez notre malade), voire même l'introduction du miroir laryngien dans le fond de la gorge, pour faire disparaître l'aphonie. Certes, beaucoup plus nombreux sont les cas, dans lesquels l'aphonie, avec une ténacité extrême, résiste à tout traitement, mais dans ces cas-là il faut penser à une contracture des muscles antagonistes.

Quant à l'étiologie de l'aphonie chez notre malade, il est évident que cette aphonie, bien qu'elle eût pour cause occasionnelle le « coup de froid », dont parlait la malade, n'était en somme qu'une manifestation tardive d'une hystérie, dont le début remontait à un choc moral éprouvé 7 ans auparavant. Cette hystérie avait déjà, antérieurement à l'apparition de l'aphonie, présenté bien d'autres manifestations, telles que des cauchemars fréquents, dysménorrhée avec crachements de sang, etc.

V

CORPS ÉTRANGERS DU SINUS MAXILLAIRE GAUCHE

Par le Dr **BRUNSCHVIG**, chirurgien oculiste
de l'hôpital du Hàvre.

Les observations de corps étrangers du sinus maxillaire sont assez rares puisque, à la session de 1894 de la *Société française d'otologie, de rhinologie et de laryngologie,* le Dr Combe, à propos de la publication d'une observation de ce genre, prétendait que les recherches bibliographiques les plus consciencieuses ne lui avaient pas permis de découvrir, dans la littérature médicale, d'autres observations semblables. Il s'agissait, dans son cas, d'un tube de drainage en étain ayant séjourné quatre ans et un mois dans l'antre d'Highmore et qui s'était éliminé spontanément par les fosses nasales. Après la lecture de ce travail, le Dr Moure rapporta l'observation d'un étudiant en médecine chez lequel on avait pratiqué l'ouverture du sinus. En mangeant, il s'était introduit, par l'ouverture, une parcelle d'aliments. Il voulut l'enlever, avec une allumette qui cassa et dont un fragment pénétra dans le sinus. Il fut facilement enlevé avec une injection.

Puis, le Dr Raugé cita une observation de chicot poussé par un dentiste dans le sinus par l'alvéole défoncée et rendu spontanément par la narine. Il rappela, en même temps, la célèbre auto-observation de Ziem qui porta, durant des mois, dans son sinus maxillaire, un fragment d'instrument brisé dans un essai d'avulsion dentaire. Celui-ci, dans une note parue dans le n° 9 des *Annales des maladies de l'oreille* de 1894 rappelle, outre son observation de 1886, deux cas publiés en 1891. Dans le premier, il s'agissait d'une canule brisée à l'entrée de l'ouverture pratiquée dans l'antre et qui put

être enlevée immédiatement avec un fil de fer recourbé. Dans le second cas, le même procédé réussit à faire sortir un fragment de canule en acier qu'il n'avait pas pu extraire avec un électro-aimant.

Il faut citer encore le cas d'Eulenstein (*Monatschrift für Ohrenheilk*, n° 7 juillet 1893). Pointe de trocart, qui se brisa au moment de l'opération et qui sortit quatre mois après du sinus, par l'orifice naturel, au moment d'une injection.

Enfin, une autre observation est celle de Gouly (*Arch. int. de laryng.*, janvier, février 1895, page 7). Petite extrémité de canule qui se brisa et resta dans le sinus. Une injection le fit sortir huit jours après. Il rapporte le cas de Kœnig (*Monatschrift für Ohrenheilk*, 1893, 47) où il s'agissait de l'élimination spontanée d'une lame de couteau de 4 centimètres de long et ayant séjourné 48 ans dans le sinus. Il y ajoute une communication écrite de Moure, pour un autre cas où 12 morceaux d'ouate, enfoncés dans le sinus par un dentiste, furent éliminés par l'orifice alvéolaire, par la fosse nasale ou extraits avec la pince.

Malgré ce nombre assez respectable d'observations, j'ai voulu vous en communiquer une nouvelle qui m'a semblé intéressante à cause de la multiplicité de corps étrangers que renfermait un sinus maxillaire et, surtout, de la rapidité avec laquelle les phénomènes de suppuration ont cessé.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, Monsieur H., qui vint me consulter le 24 septembre 1894. On lui avait enlevé, un mois auparavant, une molaire du côté gauche avec un instrument qu'il ne peut bien me décrire. Immédiatement après cette extraction, il sentit une ouverture au niveau de la dent enlevée. Comme il le faisait remarquer à son dentiste, celui-ci lui répondit que c'était un abcès qui se viderait et se fermerait seul. Il ne s'en préoccupa donc pas autrement et partit du Hâvre le lendemain pour un mois. Pendant cette absence, comme il sentait toujours une cavité qui l'intriguait, il essaya d'en sonder la profondeur avec des morceaux de paille, des queues de cerises, des bouts de bois, etc., etc.

Le jour où il se présenta à ma consultation, il répandait une odeur infecte qui rappelait celle de l'ozène. Il me dit que lui-

même en était gêné. Dès son retour, ses parents qui en étaient incommodés lui firent la même observation.

Je constatai sur le bord alvéolaire gauche un vaste orifice et à l'entrée un magma purulent. Il est facile de voir que le sinus est largement ouvert et je procède immédiatement à un grand lavage boriqué tiède. Je trouve alors dans mon plateau des fétus de paille, des queues de cerises, des croûtes de pain et une quantité d'autres débris qu'il est impossible de reconnaître. Je place un coton volumineux pour fermer cette ouverture en priant le malade de revenir le lendemain.

Le 25 septembre, l'odeur nauséabonde n'avait pas disparu. Nouvelle injection qui m'amène un morceau de paille plié en forme de V ; d'autres, tout droits, sont extraits avec une pince fine. J'aperçois ensuite une masse grise qui vient boucher l'orifice du sinus et qui se brise lorsque j'essaie de la prendre avec les pinces. J'introduis alors un petit crochet mousse à cataracte avec lequel, mais non sans efforts, je finis par ramener un morceau de bois d'un centimètre de long et d'un diamètre semblable. Nouveau lavage qui ramène à l'entrée un autre fragment de même aspect et de même diamètre. Par la même manœuvre j'en fais l'extraction et je trouve l'autre partie macérée du morceau de bois. Après avoir injecté une assez grande quantité d'acide borique, je pus voir les parois du sinus. Elles présentaient un aspect gris sale avec des exsudats de même teinte. Je plaçai un gros tampon de ouate pour obturer cet orifice.

Le coton que j'avais appliqué s'étant imprégné dans la soirée, Monsieur H. le retire pour en mettre un autre qui pénètre dans le sinus. Un deuxième suit le même chemin.

Le 26 septembre, il m'arrive avec ces deux tampons que j'extrais assez facilement. Je l'adresse alors à mon ami le Dr A. Lorentz, dentiste, en le priant de faire une pièce mobile pour fermer complètement l'orifice. Pendant tout ce temps, le malade faisait trois fois par jour des injections dans le sinus avec une solution d'acide borique que je remplaçai, le 27 septembre, avec l'acide salicylique à 4 $^0/_{00}$. Aussi, la muqueuse n'avait pas tardé à reprendre sa coloration rose normale et les plaques grisâtres à disparaître. L'appareil fut rapidement placé. Il se composait d'une plaque en caoutchouc durci, surmontée d'un morceau conique de caoutchouc souple, qui entrait dans la perforation et destinée à être diminuée au fur et à mesure que l'orifice se rétrécirait. Les injections furent continuées et toute odeur avait disparu.

Le 6 octobre, l'ouverture était un peu moins considérable. Quelques points gris qui s'étaient de nouveau montrés sur la muqueuse ne tardèrent pas à s'effacer et, en enlevant l'appareil, on ne trouvait pas traces de pus.

Le 12 octobre, pas de changements dans les dimensions de l'ouverture qui mesure transversalement 8 millimètres et d'avant en arrière 5 millimètres.

Un mois après, comme il n'y avait pas de tendance à la diminution de l'orifice, nous conseillons, le Dr Lorentz et moi, de faire un avivement avec glissement pour fermer cette ouverture avant de placer un appareil fixe que réclamait le malade, mais nous ne le revîmes plus ni l'un ni l'autre.

Cette observation nous permet de formuler quelques conclusions pratiques :

1° Dans le cas de corps étranger du sinus maxillaire, il y a intérêt à l'enlever le plus rapidement possible, car on fait cesser, presque immédiatement, les phénomènes de suppuration.

2° Nous conseillons, en pareil cas, de pratiquer d'abord une large irrigation.

3° Si le corps étranger ne peut être expulsé par l'orifice naturel du sinus ou par celui qui vient d'être créé, mieux vaut agrandir l'ouverture alvéolaire chirurgicale que de s'ouvrir une voie à travers la fosse canine comme l'ont fait divers auteurs. De cette façon, on pourra facilement se rendre compte de l'état du sinus et saisir le ou les corps étrangers. Le petit crochet mousse à cataracte sera des plus utiles et, à son défaut, on utilisera un fil de fer recourbé en anse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 4 avril 1895.

Président : Prof. STÖRK

Secrétaire : Dr ROXSBURGER.

1° PANZER. — **Nævus vasculaire du voile du palais**. Il siège sur la moitié gauche de cet organe mou et se compose de trois parties plus ou moins séparées. Le nævus ne dépasse pas la surface de la muqueuse et est insensible à la pression. On trouve dans la muqueuse, par place, des ectasies veineuses. Le malade a cette tumeur presque depuis sa naissance, il a aujourd'hui 24 ans, et il n'en a jamais souffert ; jamais on n'avait observé son accroissement, ce qui fait que l'on n'avait pas songé à une intervention thérapeutique.

Le Prof. STÖRK a observé des cas d'angiômes caverneux intéressants sous plusieurs rapports. Dans un de ces cas, la tumeur, qui semblait fongueuse, siégeait sur l'amygdale hypertrophiée. Störk ouvrit la tumeur d'abord par le bas, puis par le haut au moyen d'une aiguille à ligature et il réussit à la faire disparaître sans hémorrhagie. Le second cas concernait une jeune fille atteinte d'une tumeur molle de l'arcade palatine droite, qui était survenue à la suite d'une angine phlegmoneuse. Sans aucun traitement, la tumeur régressa en l'espace de quelques mois et guérit spontanément. Dans un autre cas semblable de nœvus vasculaire, il se forma, à la suite d'une injection de perchlorure de fer, une grande eschare qui finit par s'affaisser. Mais Störk se méfie des injections de perchlorure de fer.

GROSSMANN vit une tumeur tonsillaire fluctuante qui fut

(1) D'après le compte rendu de la *Wiener klin. Wochenschr.*, 9 mai 1895.

reconnue plus tard à la clinique d'Albert pour un anévrysme. Après la ligature de la carotide la tumeur disparut ainsi que les douleurs qu'elle avait provoquées.

Roth a rencontré des nævi de la muqueuse buccale qui étaient plus petits que celui qui vient d'être montré. Une tumeur molle, à peine grosse comme un pois, sortait du pilier antérieur droit; dans un autre cas la petite tumeur pendante siégeait au bord latéral de la langue, et une autre fois dans la muqueuse de la joue. Aucun traitement ne fut institué.

Le Prof. Störk termine en parlant des hémorrhagies pharyngiennes et il cite un cas qu'il a soigné pour une hémoptysie. A l'examen du malade, qui avait toujours du sang dans la bouche le matin, on trouva immédiatement derrière la luette une ramification vasculaire qui était l'origine de l'hémorrhagie; le vaisseau atteint fut cautérisé à l'acide nitrique.

Le Prof. Chiari a soigné un homme de 75 ans atteint d'hémorrhagies buccales. Des pétéchies de la voûte palatine furent reconnues comme cause des hémorrhagies.

Hajek observa une femme qui vomit du sang à plusieurs reprises. Elle se fit soigner longtemps par divers médecins pour des hémorrhagies des poumons et de l'estomac sans que l'on trouvât un substratum certain pour le diagnostic d'hémorrhagie du poumon ou de l'estomac. Toutefois, H. remarqua que l'hémorrhagie se montrait ordinairement au cours du repas, ce qui donnait à penser que la cause résidait dans les voies supérieures. C'est seulement après de nombreuses recherches que H. découvrit sur une veine de la base de la langue un caillot sanguin dont l'ablation provoqua une hémorrhagie assez intense. H. arrêta l'hémorrhagie au moyen d'attouchements avec des plumasseaux d'ouate, puis il cautérisa la partie malade à l'acide chromique cristallisé, ce qui mit fin à l'hémorrhagie. Il arrive fréquemment que ces sortes d'hémorrhagies sont imputables à de petits vaisseaux sanguins dilatés, et superficiels; comme ils ne sont pas toujours faciles à découvrir, il est naturel que l'on pense à une hémorrhagie du poumon ou de l'estomac.

Roth a vu un cas, dans lequel par une toux légère le malade rejetait des crachats de couleur chamois, sans jamais avoir d'hémorrhagie sérieuse. A l'examen on reconnut un catarrhe chronique du pharynx avec relâchement de la muqueuse.

2° Koschier. — **Présentation d'un lymphangiôme caverneux** (1).

(1) *Wiener med. Blätter*, 1895.

Il a été opéré il y a cinq mois et il récidive maintenant. A cette époque la tumeur, un peu plus grosse qu'une noisette, siégeait à la surface postérieure du repli aryépiglottique gauche, et était étroitement enserrée par son voisinage ; à présent la tumeur occupe non seulement la surface postérieure de la paroi laryngée postérieure mais aussi la surface antérieure, ce qui fait que la région des cartilages aryténoïdes, de même que les replis ary-épiglottiques, sont fortement hypertrophiés. Déjà lors de l'examen histologique de la tumeur primitive certaines de ces parties ressemblaient à du sarcôme, ce qui semble confirmé actuellement par la prompte récidive et l'extension de la tumeur.

3° Le Prof. Chiari montre **deux rhinolithes** qu'il a extraits à la fin de 1894. Le premier était plus gros qu'un haricot, renfermait un noyau de fruit et fut retiré du nez d'une fillette de 11 ans qui vint à la clinique pour de l'ozène.

Le second, de la dimension d'une noisette, avait pour noyau un fragment de caillou (ardoise ?) et résidait dans la narine gauche d'une femme de 50 ans ; il était survenu consécutivement une atrésie osseuse de la choane gauche qui présentait l'aspect ordinaire d'une atrésie congénitale.

L'auteur présente encore trois autres rhinolithes qui avaient toujours pour noyaux des corps étrangers (bouton de métal, noyau de fruit et fragments de bouchons de liège). Ces trois cas ont déjà été publiés. C. dit que de petites parcelles d'un des rhinolithes présentèrent des amas de bactéries après avoir été attaquées par des acides, ainsi que Gerber l'a décrit en 1892 (1) ; toutefois, on n'a pas encore résolu la question de savoir si ces schizomycètes sont calcifiés ou simplement enveloppés de chaux. Dès 1889, Chiari (2) a conclu de la présence de nombreux microorganismes dans le mucus fétide qui environne les rhinolithes, que ces organismes provoquent vraisemblablement la séparation des sels calcaires du mucus nasal et qu'ils favorisent leur dépôt autour du corps étranger.

4° Ebstein. — **Tuberculose laryngée avec abcès de la corde vocale droite**. Ce dernier est situé au milieu de la corde vocale, il apparaît en demi-lune sur la surface supérieure et semble être étroitement limité et avoir la dimension d'un pois. On voit dans l'espace sous-glottique à droite, une forte voussûre dont la formation et la progression ont été observées pendant deux

(1) *Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 51, 1892.
(2) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, page 21.

jours. Cette saillie provoque des symptômes marqués de sténose. L'abcès évolua en trois jours, de même qu'un autre qui était apparu trois semaines auparavant au bord gauche de l'épiglotte. Cette observation est remarquable, par le peu de temps qu'ont mis à se développer ces abcès circonscrits.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 28 mai 1895 (1)

Président : Prof. GRUBER

Secrétaire : Dr POLLAK

URBANTSCHITSCH présente quatre malades :

Le premier cas concerne l'influence particulièrement favorable exercée dans quelques occasions par l'**extraction du marteau sur la fonction auditive de l'autre oreille secondairement affectée**. Le malade, âgé de 34 ans, souffrait depuis sa quatorzième année d'une otorrhée gauche, qui, au bout de dix ans, donna lieu à une surdité du côté droit. Les traitements employés demeurèrent sans effet, et finalement, le malade ne perçut plus qu'à deux ou trois pas la voix chuchotée à l'oreille droite. Le 5 février 1891, pour guérir la suppuration de l'attique du côté gauche, on enleva le marteau qui fut reconnu sain ; à la suite de cette extraction, la suppuration diminua sensiblement, et à présent elle est tout à fait minime. Après l'opération, l'oreille gauche resta aussi inerte qu'auparavant au point de vue fonctionnel, tandis que, dès le lendemain de l'intervention, l'oreille droite s'améliora notablement au point de vue de l'audition

(1) D'après le compte rendu officiel. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, juin 1895.)

(voix chuchotée à quatre pas) qui s'éleva les jours suivants à dix et douze pas pour la voix chuchotée aiguë, et qui s'est maintenue à ce diapason après quatre années.

Dans le deuxième cas, il s'agit également d'une **extraction du marteau**, qui n'amena pas d'amélioration de l'ouïe pour la meilleure oreille, mais qui eut pour résultat de faire cesser le vertige violent, et d'empêcher les progrès de la diminution constante de l'audition. On remarquera la cicatrice calleuse qui s'est formée sur la membrane à la place du manche du marteau extrait, qui fait absolument l'impression d'un manche de marteau.

Le troisième malade présente une **tumeur du conduit auditif droit, osseuse, bosselée**, en remplissant entièrement la lumière, que l'on peut contourner avec la sonde par en haut, en avant et en bas, et que l'on suit jusque dans la cavité tympanique, qui s'est étendue sur la paroi du conduit auditif, et que l'on voit jusque sur l'apophyse mastoïde. Cette exostose a la consistance de l'ivoire, ainsi qu'on a pu le voir en essayant de la morceler par le conduit auditif. La tumeur sera bientôt opérée et les résultats de l'opération seront communiqués.

Le quatrième cas concerne un **néoplasme bénin du pavillon** de l'oreille gauche, dont le siège se trouve sur le bord de l'hélix au passage du lobule, qui diminue sous la pression du doigt, est circonscrit, se déplace vers la base du cartilage, et offre une consistance plus compacte dans sa portion rétrécie. L'usage des alcools, la mauvaise disposition d'esprit, l'action du froid, font atteindre la dimension d'une noix à la tumeur vasculaire qui avait auparavant celle d'une noisette. A la prochaine séance, Urbantschitsch définira la nature de la tumeur qu'il va opérer.

Discussion 1[er] cas : POLITZER demande à U. de quelle manière il explique l'amélioration de l'ouïe de l'oreille non opérée. Selon P. il n'existe rien qui provoque ce phénomène.

URBANTSCHITSCH croit qu'il faut l'attribuer à l'action synergique des deux tenseurs du tympan qui a été démontrée par les expériences sur les animaux de Pollak et les recherches de Gellé.

POLITZER dit que ces explications ne le satisfont pas. L'action synergique des tenseurs chez l'homme n'a pas été prouvée ; de plus, l'affection unilatérale de l'oreille moyenne de l'autre côté devrait être beaucoup plus prononcée, ce qui n'est pas le cas ici.

URBANTSCHITSCH s'appuie sur les cas qu'il a présentés à la der-

nière réunion des Naturalistes et dans lesquels, au moyen de la raréfaction de l'air d'un côté, il put influencer le pouvoir auditif du côté opposé.

2e *cas* : Gomperz a observé le même aspect dans un cas d'extraction du marteau qui fut suivie d'une cicatrice en forme de cordon, qui pouvait être confondue avec le marteau.

Urbantschitsch demande à G. si la cause n'en devait pas être attribuée à une excitation périostale de la paroi interne de la cavité tympanique ? Dans son observation, il n'existait ni adhérence de la membrane du tympan, ni de la paroi tympanique interne.

Gomperz répond que dans le cas qu'il a observé, la cicatrice avait proliféré avec la paroi interne de la cavité tympanique.

Gruber attribue la formation de la cicatrice au riche tissu provenant de la paroi supérieure du conduit auditif.

Urbantschitsch demande si l'on a déjà vu des cicatrices calleuses de la membrane tympanique ?

Gruber n'en a jamais rencontré, et il n'a jamais vu non plus une membrane se développer à la suite de l'extraction du marteau.

3e *cas* : Politzer considère la tumeur comme un ostéome provenant de l'apophyse mastoïde et faisant issue dans le conduit auditif externe. Ce genre d'ostéome est rare : P. n'en a pas décrit dans son Traité.

Gruber a vu de ces cas à sa clinique et il les a opérés, mais ils ressemblent à des chondrômes.

Pollak, à propos de la genèse de ces tumeurs, rapporte qu'il eut dans un cas affaire à un ostéome remplissant tout le conduit auditif externe, qui un an après l'extraction, fut remplacé par un polype fibreux du conduit auditif. Malheureusement, le malade fut perdu de vue.

A. Politzer. — **Forme rare d'exostose du conduit auditif externe, avec présentation des coupes s'y rapportant.** L'auteur dit tout d'abord que malgré le grand nombre d'observations d'exostoses du conduit auditif externe, on ne possède que peu de coupes se rapportant à des cas suivis soigneusement pendant la vie.

P. montre une préparation provenant d'un savant de 69 ans qu'il a eu fréquemment occasion d'observer depuis 30 ans. Dès le premier examen, l'auteur trouva l'orifice auditif externe droit, obstrué par une exostose de couleur jaune, partant du bord postéro-supérieur, dont le bord libre antéro-inférieur droit, touchait la paroi opposée au conduit auditif. Le malade

ne put fournir aucun renseignement sur la genèse de cette exostose, et ne put pas affirmer avoir souffert auparavant d'une otorrhée. Le symptôme principal était la surdité produite en partie par l'exostose elle-même, et en partie par l'accumulation de cérumen et de masses épidermiques derrière l'exostose.

Après l'enlèvement de ces masses au moyen de sondes minces introduites dans le conduit auditif, opération qui fut répétée à des intervalles de 4 à 5 ans, l'audition s'améliora, et l'on obtint une diminution subjective importante. Le malade ne consentit pas à l'ablation de l'exostose. Il y a quelques années, il me fut envoyé par le Dr Teleki qui me dit que, depuis quelques jours, le malade souffrait de violentes douleurs, et qu'il existait un écoulement fétide. Encore une fois, par l'introduction de drains d'un très petit calibre entre l'exostose et la paroi du conduit auditif, je détruisis les masses épidermiques putrides d'un jaune brun, et j'enrayai les accidents douloureux.

Le malade succomba au marasme il y a deux ans, et suivant sa dernière volonté, P. put enlever son organe auditif dans le but de recherches scientifiques. La préparation présente l'aspect suivant : du bord postéro-supérieur de l'orifice d'entrée au conduit auditif osseux part une exostose légèrement bosselée de un demi centimètre de long et un centimètre de large. Elle semble limitée par des sillons peu élevés du côté de l'écaille du temporal et du plan mastoïdien. Après l'extraction des parties molles et de la paroi antéro-inférieure du conduit auditif, on trouve la lumière du conduit obstruée par une masse épidermique d'un brun jaune calculeux, qui pénètre jusque dans la caisse par une petite perforation de la membrane tympanique, de la dimension d'une lentille. Après l'ablation de ces masses, le conduit auditif apparaît très agrandi, la marge tympanique sur la membrane de Shrapnell sur l'étendue d'une lentille, et le trou comblé par une mince cicatrice qui touche le marteau et l'enclume. La paroi supérieure du conduit auditif, jusqu'à un petit bord osseux qui limite le trou supérieur, est détruite par l'usure de la pression, et conduit dans une cavité à paroi un peu plus grande qu'une cerise, qui, en partie, occupe la région mastoïdienne. La base de l'exostose va d'un côté dans le bord émoussé qui sépare la paroi du conduit auditif des grandes cavités situées au-dessus du conduit, d'un autre côté, elle pénètre directement dans la cavité. L'apophyse mastoïde est totalement éburnée. La cavité tympanique supérieure et une partie de l'antre sont remplis de tissu conjonctif nouvellement formé, les cavités tympaniques

moyenne et inférieure sont libres ; le labyrinthe et les canaux acoustiques n'ont subi aucune modification.

Dans la conclusion de l'observation, P. fait remarquer que l'exostose était vraisemblablement imputable à une otorrhée antérieure, et que les anomalies osseuses du conduit auditif, et en partie celles de l'apophyse mastoïde, étaient dues à la rétention des masses épidermiques. La perforation de la membrane tympanique, ainsi que la perforation de la cavité osseuse dirigée vers l'antre ont été favorables à la migration des masses épidermiques de l'oreille moyenne dans le conduit auditif externe. Il est plus que probable qu'une destruction précoce aurait empêché la formation des anomalies osseuses du temporal.

A. Politzer. — **Présentation d'une malade sur laquelle on pratiqua l'opération radicale de l'évidement des cavités de l'oreille moyenne suivie de la transplantation de Thiersch.** Femme de 46 ans, très bien portante jusqu'ici. L'origine et le début de l'affection auriculaire sont inconnus ; depuis un an, il existe par moment un léger écoulement de l'oreille droite, inodore. Quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, elle ressentit de vives souffrances dedans et derrière l'oreille gauche, depuis 14 jours, l'extrémité de l'apophyse mastoïde est visiblement tuméfiée.

Au premier examen, le conduit auditif est rétréci, rempli de pus, l'oreille moyenne renferme des granulations molles, les parties molles de l'apophyse mastoïde sont normales dans leurs portions supérieure et moyenne, à la pointe se trouve un abcès gros comme une noix, qui est apparu spontanément à un endroit de la dimension d'une tête d'épingle.

Le 18 avril dernier, on pratiqua l'opération radicale avec plastique de la paroi du conduit auditif ; dans la cavité tympanique et dans l'attique, se trouvent des masses cholestéatomateuses sèches, d'un blanc jaune. L'ouverture de la fistule dans l'abcès, à la pointe de l'apophyse mastoïde, conduit directement à la paroi inférieure de la cavité tympanique.

Le 24 avril, on fit la transplantation de Thiersch avec des lambeaux cutanés, enlevés à la partie externe de l'avant-bras gauche. La transplantation a parfaitement réussi sur les parois antérieure et inférieure du canal de la plaie, sur la paroi postérieure le nouveau tissu s'est déchiré. Malgré que l'épidermisation des parois antérieure et inférieure du canal produise des adhérences, on procédera à une nouvelle transplantation de la paroi postérieure. P. croit que l'ouverture permanente du canal de la

plaie dans l'apophyse mastoïde est le moyen le plus sûr pour empêcher la récidive du cholestéatome.

URBANTSCHITSCH a employé dans quelques cas la transplantation selon le procédé Siebenmann-Bezold. Une fois, il s'est servi avec un heureux résultat de la peau de l'autre pavillon de l'oreille, sur lequel il avait pratiqué une opération plastique ; dans un autre cas, il a employé la peau de la cuisse. Il a également fait la transplantation dans un cas de cholestéatome et après 12 jours d'observation, la réussite semble complète.

La communication du Prof. GRUBER **sur le vertige de Ménière**, a paru in-extenso dans le *Monatschrift für Ohrenkeilk.*, n° de juin 1895.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 12 décembre 1894.

Président : M. F. SEMON.

BOWLBY. — **Paralysie double des abducteurs d'origine mal connue, associée à un goître ; dyspnée, opération, amélioration.** Homme de 60 ans, entré à l'Hôpital Saint-Barthélémy le 17 mars 1894 pour dyspnée et catarrhe bronchique. Depuis deux ans il a constaté l'apparition d'un goître, et depuis plusieurs mois il a une certaine difficulté à avaler, depuis un mois la respiration est gênée. Plusieurs accès de dyspnée.

L'examen montre un kyste thyroïde de la grosseur d'une noix de coco sur le côté gauche du cou. Le larynx et la trachée sont déplacés. La glande thyroïde elle-même n'est pas augmentée de volume. La voix non modifiée est faible, la déglutition très lente et difficile. L'examen laryngoscopique montre une double paralysie très marquée des abducteurs.

Le 11 mars, le kyste est enlevé sans difficulté, la plaie réunit par première intention. Soulagement immédiat sauf une légère attaque de dyspnée au bout de trois semaines ; mais depuis il ne s'en est plus reproduit. La cause de la paralysie reste douteuse car il n'existe aucun signe de tabes ou d'affection cérébrale.

Bowlby. — **Anévrysme de la crosse de l'aorte, compression du nerf pneumogastrique gauche, du récurrent, des nerfs laryngés et de la trachée, parésie de la corde vocale gauche.** L'auteur montre ces pièces qui proviennent d'un homme de 60 ans. Depuis un an, gêne de la respiration qui n'empêche pas le travail ; un mois avant son entrée à Saint-Barthélemy le malade perd en partie la voix. Depuis, l'enrouement et la gêne respiratoire ont augmenté, pas de dysphagie. Le malade est bien constitué.

Il n'y a pas de rétrécissement du larynx ni du pharynx. Les mouvements de la corde vocale gauche sont très faibles. L'abduction de la corde vocale droite est paresseuse. Sauf cela le larynx paraît normal. On ne trouve à ce moment aucune cause de paralysie, ni maladie des centres nerveux, ni tumeur de la poitrine. Comme la respiration n'était pas notablement gênée on diffère toute opération et le malade n'est revu qu'un mois après. A ce moment tous les symptômes se sont accentués et la trachéotomie reconnue nécessaire est pratiquée le 12 décembre. L'opération ne donne que peu de soulagement et le malade meurt subitement de syncope cardiaque le 17 décembre. L'autopsie, pratiquée avec grand soin, montre les organes abdominaux sains. Œdème et congestion du poumon droit. Toute la crosse de l'aorte est dilatée depuis son origine et près de la naissance de l'artère sous-clavière on trouve un anévrysme occupant environ 8 centimètres du vaisseau, s'étendant surtout en arrière et un peu à gauche. Il a légèrement érodé les 3e et 4e vertèbres dorsales et s'est insinué entre la trachée et l'œsophage qu'il comprime surtout au niveau de la tête du sternum. Le pneumogastrique et le récurrent droits ne sont pas comprimés ; le pneumogastrique et le récurrent gauche paraissent tendus, aplatis et adhérents à la face antérieure du sac. Ils ont évidemment été fort comprimés. L'intérêt de ce cas est surtout dans la paralysie de la corde vocale consécutive à la compression du pneumogastrique. La dyspnée était causée par le rétrécissement de la trachée. L'absence des signes physiques s'explique par ce fait que l'anévrysme ne touchait nulle part aux parois thoraciques, sauf au nivau des vertèbres.

De Santi pense que l'intubation eût été préférable à la trachéotomie.

F. Semon. Cette observation comporte plusieurs enseignements. Les paralysies doubles par compression du nerf vague sont rares, mais la marche des symptômes dans ce cas con-

firme la loi relative aux affections précoces des abducteurs. Lorsque la cause de la compression est dans la poitrine il ne faut pas trop compter sur les bons effets de la trachéotomie. Le Dr Machéau (Buenos-Ayres) mentionne un cas de paralysie double des abducteurs chez un tuberculeux qui fut complètement guéri par l'iodure de potassium et l'électricité.

BUTLER montre un cas de **laryngite chronique** avec aphonie chez un homme qui avait pris la syphilis 5 ans auparavant et avait encore des manifestations cutanées. Les cordes vocales étaient rouges, épaisses et couvertes de saillies, surtout au niveau des commissures. Bien que le malade eût des antécédents tuberculeux, la question du diagnostic entre la syphilis et la tuberculose est ici facile à trancher à cause de la présence des papillomes multiples et de l'absence de tout symptôme de tuberculose. M. Richard Lake montre une canule à trachéotomie qu'un malade a conservée pendant 11 ans. Elle est très endommagée.

F. SEMON montre divers **corps étrangers extraits des voies laryngo-pharyngiennes**. M. Bronner pense que la règle donnée dans les livres n'est pas justifiée et qu'il faut agir dès que le diagnostic paraît certain.

W. G. SPENCER. — **Fibrome de la glande thyroïde ; thyroïdectomie partielle, trachéotomie et dilatation de la trachée rétrécie.** La malade est une pâle et mince domestique qui a toujours vécu à Londres. Depuis plus de 7 ans les parents avaient remarqué le gonflement du cou qui allait en augmentant. La mère a eu aussi une tumeur de la glande thyroïde (kyste ou adénome). A sa première visite à l'hôpital de Westminster, la glande thyroïde parut de volume normal mais dure comme une pierre. Pouls 130-140, pas d'exophthalmie. Bruit strident dans la trachée au niveau de l'isthme et qui retentit dans toute la poitrine. Aucun signe de phtisie. Ces symptômes s'aggravèrent, la cyanose survint. Opération le 11 avril 1894. Incision de l'isthme, sur la ligne médiane ; son tissu est fibreux mais sans calcification. La trachée à ce niveau est complètement confondue avec la tumeur, on fait en conséquence la trachéotomie et la trachée est incisée de haut en bas jusqu'au niveau des cartilages normaux. Un mois après la blessure était cicatrisée, trois mois après la jeune fille était beaucoup mieux quoiqu'ayant encore conservé un léger bruit dans la trachée. Le reste de la glande était sain. Le pouls était encore à 120.

L'examen microscopique de la tumeur montre les alvéoles

non dilatées et leur contenu normal : mais elles sont séparées par des travées de tissu fibreux, dans d'autres parties la glande est complètement remplacée par du tissu fibreux qui paraît avoir pris naissance au niveau de la capsule glandulaire.

Il est à remarquer que le pouls resta rapide après l'ablation de la tumeur. Il ne survint, d'autre part, aucun signe de myxœdème, probablement parce qu'il restait encore suffisamment de glande saine.

Le point le plus important au point de vue chirurgical c'est l'inclusion complète de la trachée dans la tumeur, bien que celle-ci ne présentât aucun signe de malignité. La dégénérescence fibreuse de la glande thyroïde est extrêmement rare.

Scanes Spicer. — **Cas de paralysie de la corde vocale gauche avec paralysie du voile du palais survenue à la suite d'un refroidissement.** Les réflexes du genou, du coude, des pupilles normaux. Seul le réflexe du voile du palais manquait. On n'a pu trouver aucun antécédent de syphilis, d'influenza ou de diphtérie. Le malade a été beaucoup amélioré par la strychnine ; l'iodure de potassium pris à hautes doses pendant plusieurs semaines était resté sans effet.

Ball pense qu'il s'agit de paralysie diphtéritique.

Hale-White a vu un cas semblable chez un saturnin.

Mc Bride pense qu'il y avait là quelques modifications dans le fonctionnement des muscles innervés par le nerf spinal accessoire.

Scanes Spicer montre les pièces anatomiques d'un **anévrysme de la crosse de l'aorte avec paralysie de la corde vocale droite** provenant d'un marin de 48 ans, traité par lui et le Dr David Blec à Saint-Mary's Hospital pour plusieurs accès de dyspnée intense, avec raucité de la voix et douleurs dans la poitrine.

L'examen au laryngoscope montre une paralysie de la corde vocale droite. On remarque en haut de la poitrine à droite une voussure anormale, la respiration est sifflante. Le malade meurt de syncope cardiaque.

Le sac anévrysmal entourait les deux tiers du vaisseau et provenait de la dilatation de la partie postérieure de celui-ci. Le nerf récurrent adhérait au vaisseau. La trachée déplacée comprimait le récurrent et le pneumogastrique droit. La tumeur comprimait aussi la trachée.

Symonds. — **Cas d'ankylose du cartilage aryténoïde droit.** Chez une femme de 56 ans présentant, depuis un an de l'enrouement, toute la partie gauche du larynx était immobile. Le cartilage

aryténoïde droit mobile ne pouvait joindre le gauche, la fente glottique était oblique. Aucune ulcération sur les cordes vocales. Aucune cause de compression dans le cou ni ailleurs. Pas de dysphagie. Aucun signe de syphilis. C'est pourquoi l'orateur pense qu'il s'agit d'ankylose du cartilage aryténoïde.

Symonds montre un malade atteint d'**ulcération tuberculeuse de l'épiglotte** traitée avec succès par le curettage et l'acide lactique.

Clifford Beale dit que souvent l'ulcération tuberculeuse de l'épiglotte guérit sans traitement spécial.

Butlin mentionne un cas de guérison par les applications d'iodoforme.

Mc Bride cite un cas de gérison spontanée dans lequel l'ulcération de l'épiglotte était accompagnée d'œdème du pharynx. L'examen bactériologique fut négatif.

Cresswell Baber rapporte aussi un cas de tuberculose apparente de l'épiglotte et insiste sur la grande diversité de marche des tuberculoses laryngées.

Symonds fait remarquer que dans son observation le traitement a amené un soulagement rapide tandis que l'état était resté stationnaire pendant six semaines.

Le Président fait observer que sans examen bactériologique on ne peut affirmer la nature tuberculeuse de ces affections.

Symonds montre de nouveau le malade atteint de **pachydermie laryngienne** qu'il avait présenté dans la précédente réunion. Malgré quelques changements survenus l'affection est encore bien caractérisée.

Bronner et Spicer demandent qu'un petit fragment du tissu malade soit examiné au microscope.

Le Président pense que le diagnostic est suffisamment facile dans ce cas et d'ailleurs les changements surviennent souvent si rapidement que l'examen au microscope ne pourrait qu'apporter de la confusion.

Mc Bride montre un dessin d'**angiome veineux du pharynx** survenu chez une jeune femme à tendance variqueuse. L'angiome est composé de larges veines dilatées, mais ne cause aucune gêne. Aussi n'a-t-il appliqué aucun traitement.

L. R. REGNIER.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 13 mars 1895.

A. Bronner. — **Le diagnostic et le traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore** (*Brit. med. journ.* p. 757). — Il faut distinguer les cas légers des cas graves ; les premiers se lient en général à une affection nasale et peuvent être traités par la voie nasale le plus souvent au moyen de lavages et d'insufflations de poudre ; lorsqu'il y a des polypes, des fongosités, il faut faire un curettage par la fosse canine ; 40 % des cas traités par cet auteur ont guéri dans l'espace de 4 à 5 mois au plus ; il ne place pas de canule à demeure.

Greville Macdonald. — Le diagnostic s'appuie trop souvent sur ce fait que le pus s'écoule par le méat moyen lorsque la tête est penchée en avant, ce symptôme appartient aussi bien à l'empyème des sinus frontaux. Dans les cas un peu rebelles l'ouverture très large, le curettage, le drainage sont les moyens nécessaires.

Cresswell Baber. — La transillumination est un précieux moyen de diagnostic, lorsqu'on a soin de considérer surtout la partie externe de la région sous-orbitaire, mais la certitude n'est acquise que par un lavage fait à travers un orifice de la paroi nasale ou dans une alvéole.

Hill et Lane. — Dans sept cas sur huit les parois de l'antre sont tapissées de polypes, de fongosités, de débris caséeux et le traitement rationnel, par conséquent, exige une ouverture large par la fosse canine, admettant le doigt et la cuillère tranchante ; cette ouverture ne reste jamais béante.

Walsham connaît deux cas où cette grande ouverture par la fosse canine ne s'est point cicatrisée.

Dundas Grant reconnaît à la transillumination une valeur très grande, tandis que la présence de pus dans le méat n'est pas concluante du tout ; il a souvent recours à la ponction exploratrice et au lavage et en général il s'adresse à la voie alvéolaire ; les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas drainés (la pièce adaptée par un dentiste) et lavés avec de l'eau oxygénée. Dans quelques cas rebelles la guérison fut obtenue lorsqu'une

ouverture, dans le méat, eut été pratiquée malgré la présence d'un drain alvéolaire.

Scanes Spicer recommande dans presque tous les cas de pratiquer simultanément une large ouverture dans la fosse canine, une autre dans la paroi nasale, de façon à permettre un nettoyage complet par la chasse d'air et les lavages. Ball cite sa statistique de 16 cas, qui montre que les moyens simples n'arrivent à guérir qu'un tiers des malades environ.

Walter Spencer rapporte trois cas d'empyème liés à la nécrose du maxiliaire.

Félix Semon a traité 20 à 25 cas d'empyème durant ces dernières années ; la majorité a été guérie par la méthode alvéolaire et le drainage ; les quelques cas où le traitement a été plus hardi n'ont pas donné de résultats favorables.

M. N. W.

BIBLIOGRAPHIE

Les troubles de motilité du larynx chez les hystériques (Die Bewegungstoerungen im Kehlkopfe bei Hysterischen), par Gustave Treupel. Iéna, G. Fischer, 1895. 1 vol. in-8° de 136 p.

L'hystérie peut troubler le fonctionnement du larynx dans tous ses modes ; cependant, c'est le plus souvent sa motilité qui est atteinte ; aussi, l'hystérie motrice du larynx fait seule l'objet de cet important travail.

Successivement, T. passe en revue, en leur consacrant à chacun une monographie détaillée : 1° le *laryngospasme*, qui peut être la manifestation larvée d'une attaque hystérique ; 2° la *toux nerveuse*, dont le traitement psychique est la meilleure médication, persuasion chez les uns, intimidation chez d'autres, aidé d'une gymnastique respiratoire qui forme une méthode d'entraînement toute spéciale ; 3° les *troubles de coordination respiratoires*, très rares, au point qu'avec Luc, l'auteur tend à les mettre en doute et à n'y voir qu'un certain degré de paralysie des abducteurs ; 4° les *troubles de coordination phonatoire*, avec excès ou défaut de contraction glottique, dysphonie spas-

modique ou dysphonie paralytique ; 5° l'*aphonie hystérique vraie* ; 6° le *mutisme hystérique*.

L'auteur n'admet pas, dans l'hystérie, de paralysie au vrai sens du mot, mais il attribue les troubles laryngés et, en particulier, l'aphonie, à un fonctionnement anormal des muscles du larynx résultant d'un trouble tout à fait spécial de leur contraction. Chez l'homme sain, il est possible de reproduire les différentes modalités de la voix qui caractérisent la dysphonie des hystériques en modifiant volontairement le jeu normal des muscles laryngés : or, on ne saurait admettre, en pareil cas, qu'il y ait paralysie laryngée. De même chez l'hystérique. Mais, si ces modifications du fonctionnement vocal du larynx résultent dans les deux cas du même mécanisme, elles diffèrent en ce que, chez l'hystérique, au lieu d'être passagères comme chez l'homme sain qui les reproduit volontairement, elles sont, au contraire, durables par suite d'un trouble de la volonté.

M. L.

Le phénol sulforiciné dans la tuberculose laryngée, par RUAULT (G. Masson, éditeur, Paris, 1895).

Historique. — L'auteur rappelle les excellents résultats obtenus par lui depuis trois ans, et confirmés par Massei, Damieno, Heryng....

Pharmacologie. — En 1889, il utilise le sulforicinate de soude comme dissolvant du phénol, naphtol.

En 1891, M. Berlioz fabrique un sulforicinate officinal dont la préparation demande des soins minutieux.

Substance antiseptique, dépourvue de causticité et de toxicité aux doses médicamenteuses, dans laquelle on dissout du phénol chimiquement pur.

Les solutions employées sont de 20 grammes et 30 grammes pour 100 grammes.

Technique. — Le tampon, aseptique, bien imprégné et égoutté est appliqué en un point *précis* sous le contrôle du miroir ; la cocaïnisation n'est indispensable qu'au début et contre les réflexes exagérés, rares d'ailleurs ; l'hypérémie et la réaction postopératoires doivent toujours avoir disparu avant qu'on ne renouvelle le pansement.

La muqueuse doit prendre soit après les frictions (ulcérations), soit après les attouchements (infiltrations, plaies postopératoires), une coloration blanchâtre opaline.

Effets sur les lésions. — Les lésions superficielles de la forme catarrhale (exubérations, petites végétations etc.,) guérissent en quelques semaines, il ne subsiste qu'une cordite chronique simple.

Les infiltrations péri-glottiques s'affaissent assez vite ; les tumeurs et les fongosités se flétrissent ; les ulcérations bourgeonnent et se comblent : s'il s'en forme de nouvelles, elles se réparent avec rapidité.

La maladie guérit sans cicatrices ou avec de simples épaississements pachydermiques, comme dans une guérison spontanée, par sclérogénèse.

Le phénol détruit les microbes pyogènes ; le sulforicinate, en aidant son action, l'empêche de détruire les cellules.

Le traitement chirurgical reste nécessaire dans les cas où les lésions sont difficilement accessibles ou trop considérables à détruire ; son action aide donc celle du topique dont elle rend l'application plus efficace et rapide.

Valeur thérapeutique. — Rarement curatif (tuberculose laryngée primitive) et empêchant l'infection du poumon par le larynx, ce traitement local est presque toujours un palliatif précieux par ses résultats immédiats et dépourvus d'inconvénients ; si la situation est grave, il soulage le patient de la dyspnée et de la dysphagie, et peut prévenir la fonte purulente de l'organe, en combattant les infections surajoutées.

Les résultats de la méthode ne sont pas en rapport constant avec l'état général, mais dépendent plutôt de la forme anatomique en présence de laquelle on se trouve.

Les formes catarrhale et infiltro ulcéreuse périglottique circonscrite, les tumeurs isolées, sont les plus favorables ; la forme scléro-végétante diffuse, par des pansements répétés, le lupus du larynx, à ses débuts principalement, finissent aussi par céder ; mais, par contre, les lésions épiglottiques et vestibulaires, la forme infiltro-ulcéreuse diffuse, sont beaucoup plus difficiles à vaincre ; enfin, on n'obtient que d'incomplètes améliorations dans les lésions sous glottiques.

La diffusion rapide des lésions, l'apparition de périchondrites et d'arthrites, les récidives (surtout après une guérison absolue en apparence), nuisent aux bons effets du topique sans le contr'indiquer.

Les cas où l'on n'obtient pas d'amélioration tout au moins, sont ceux où le traitement a été imparfaitement suivi.

L'auteur termine en rappelant l'utilité de sa méthode phéno-

sulforicinée dans la tuberculose de la bouche, de la langue, du nez (Cartaz), du pharynx et des amygdales ; mais elle conserve surtout sa haute supériorité dans les lésions du larynx.

RIPAULT.

Troubles digestifs dans l'amygdalite chronique, par BALHADÈRE (Thèse de doctorat, Paris, 1895).

Nombre de malades atteints d'une amygdalite chronique se plaignent en même temps de troubles digestifs. Ceux-ci sont de deux ordres, réflexes et chimiques. Les désordres réflexes ont une grande analogie avec ceux qu'on produit expérimentalement par la cautérisation ignée, ils sont caractérisés par de la gêne de la déglutition, très variable suivant les sujets et nullement en rapport avec le degré d'hypertrophie, des vomiturітions et nausées très fréquentes. Aux troubles chimiques appartiennent des accidents dyspeptiques : inappétence, pesanteurs après le repas, pyrosis, ballonnement, douleur des régions épigastrique et hépatique, dilatation d'estomac parfois. Pour expliquer la pathogénie de ces troubles gastro-intestinaux consécutifs à des inflammations amygdaliennes chroniques, l'auteur, rejetant la théorie réflexe, invoque l'infection microbienne. Plusieurs arguments peuvent le démontrer : le caractère infectieux de l'amygdalite aiguë, la présence de nombreux bacilles dans les amygdales, véritable milieu pathogène dont l'antisepsie est difficile à réaliser. C'est en déterminant des fermentations anormales que les sécrétions amygdaliennes produisent les troubles digestifs. Ces sécrétions, concrétions caséeuses pathogènes, sont avalées à chaque mouvement de déglutition et arrivent à l'estomac où peu à peu s'établit une véritable auto intoxication. Tous ces accidents disparaissent à la suite de l'ablation des amygdales, ce qui confirme les rapports qui relient les troubles du système digestif aux altérations amygdaliennes.

G. LAURENS.

ANALYSES

I. — *OREILLE*

Une explication vraisemblable de l'expérience de Weber, par C. Corradi, de Vérone (*Il Policlinico*, vol. 1-6, fasc. 6, 1894).

1. L'expérience de Weber, positive du côté malade, s'explique par le fait qui veut qu'une cavité osseuse produise en vibrant des sons d'autant plus bas qu'elle diminue de capacité, que la masse solide et liquide qu'elle contient va augmentant.

2. Dans cette expérience la source des vibrations étant au contact des parois de la caisse, cette dernière sera d'autant plus apte à vibrer avec les sons bas, qu'elle aura diminué de capacité ; c'est donc de sons bas qu'il faudra se servir principalement, et c'est d'eux que dépendra en grande partie le résultat positif de l'épreuve de Weber, ainsi que l'épreuve négative de Rinne, etc.

3. Il se peut que l'intensité de l'épreuve de Weber positive, et de celle de Rinne négative, dépendent de cette circonstance dans certains états morbides de l'appareil de transmission.

4. Les lois des caisses de raisonnance ne sont pas applicables à la caisse du tympan, non-seulement par suite de la diversité dans les rapports entre eux du corps vibrant, du milieu de transmission et de l'organe sensible, mais encore parce que le milieu de transmission est formé de parties osseuses et liquides, tandis que c'est l'air qui vibre dans et avec la caisse de raisonnance, et tous les sons y peuvent vibrer quelle que soit leur hauteur ; tandis que l'augmentation des parties liquides et solides dans l'oreille moyenne et externe rend ces cavités de plus en plus aptes à vibrer avec les sons bas, c'est l'inverse qui se passe dans les caisses de raisonnances. M. N. W.

La presbyacousie et sa loi, par Zwaardemaker, d'Utrecht (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

L'auteur est disposé à considérer la presbyacousie comme le rétrécissement très appréciable de l'étendue du champ auditif,

rétrécissement qui consiste dans la disparition des tons limites et l'affaiblissement des plus voisins. Comme l'auteur l'a déjà montré en se servant du sifflet de Galton et des verges sonores, cette diminution ne porte pas seulement sur les sons élevés, mais aussi sur les sons bas. De nouvelles recherches faites avec beaucoup de précision sur 219 oreilles percevant la voix murmurée à 8 ou 10 mètres, et pouvant être considérées comme normales, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1° l'étendue du champ auditif se rétrécit d'une demi-octave à sa partie supérieure, lorsqu'on approche de la vieillesse ; 2° ce rétrécissement augmente encore durant la vieillesse elle-même ; 3° la limite supérieure dans la jeunesse est à l^7, dans la vieillesse à a^6. Comme extrême, g^6 devient la limite de l'audition normale chez les personnes âgées. Une limite inférieure peut être considérée comme pathologique.

M. LS.

Recherches sur l'audition moyenne chez les personnes âgées, par F. Bezold, de Munich (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

L'auteur rapproche ces recherches de celles qu'il a faites chez les enfants, et constate que si dans la jeunesse les courbes des deux sexes sont parallèles, il n'en est plus de même chez les personnes âgées. Pour la perception de la voix murmurée au-dessous d'un mètre et pour la surdité très accusée, le sexe féminin est certainement plus atteint que le sexe masculin.

Dans les décades qui suivent celle de la cinquantième à la soixantième année, il y a une diminution progressive des personnes à audition normale, en même temps qu'une augmentation progressive de la surdité.

L'examen direct de l'organe, comparé avec celui des enfants, confirme cette notion clinique que l'obstruction de la trompe est surtout une affection de l'enfance. La fréquence des affections de l'oreille moyenne chez les personnes âgées est très diminuée si on la compare à celle des lésions de l'oreille interne.

Enfin Bezold croit qu'avec l'âge il ne se produit pas une diminution elle-même de la conduction osseuse, mais que celle ci s'affaiblit proportionnellement à la diminution de la distance de l'audition. Cette assertion paraît contraire à l'opinion courante.

. LS.

Résultats de l'examen de plus de six cents cas avec des diapasons de moyenne intensité, par H. ALDERTON, de Brooklyn (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

Voici les principales conclusions du long travail auquel l'auteur s'est livré :

1° Les intensités ou durées de Rinne OC>AC et OC = AC indiquent toujours une lésion de l'oreille moyenne, existant primitivement ou survenue comme complication.

2° Dans toute affection périphérique suffisante pour produire un certain degré de surdité, on trouvera toujours l'intensité de Rinne OC>AC ou OC = AC, à condition d'employer un diapason assez bas, pourvu que l'oreille interne soit normale ou à peu près.

3° La durée de OC est exagérée dans les lésions de l'appareil conducteur, excepté pour les notes élevées (C^{iv} et au-dessus), ce qui tient à ce que cet appareil n'a rien à faire avec la transmission des notes hautes (Bezold, Siebenmann).

4° Dans les lésions de l'appareil conducteur, AC est médiocre pour les sons bas, tandis que les sons élevés sont relativement bien perçus.

5° Dans ces lésions, l'augmentation de la durée de OC est due à différentes causes (occlusion, diminution des bruits extérieurs, troubles dans la tension du labyrinthe), mais non à l'hyperestésie labyrinthique qu'on ne peut guère invoquer qu'au début des inflammations aiguës.

6° Toute affection profonde ou prolongée de l'oreille moyenne finit par affecter secondairement le labyrinthe.

7° Si la durée de OC est diminuée, c'est qu'il existe une affection de l'oreille interne soit isolée, soit à l'état de complication. L'auteur pense que, dans la recherche de la surdité nerveuse, il faut tenir grand compte de la diminution de la durée de OC pour le diapason C . C'est l'avis exprimé par Gradenigo relativement aux surdités par lésion du tronc nerveux.

8° La combinaison de l'intensité de Rinne (intensité initiale comparée de OC et de AC) et de l'épreuve de Schwabach (durée absolue) rend plus de services que la durée de Rinne (durée comparée de OC et de AC) ou que l'expérience de Weber.

9° Il est possible d'avoir pour un diapason élevé OC>AC ou OC = AC, pour l'intensité ou la durée, alors que le diapason immédiatement au-dessous donnera AC>OC.

10° L'épreuve des diapasons ne donne aucun renseignement

certain au point de vue du pronostic. Toutefois lorsque, dans une affection de l'appareil conducteur, le diapason C^{IV} donne un Rinne négatif, il y a fort peu à attendre du traitement.

11° La durée de OC devient presque ou complètement normale lorsque l'oreille revient à son état normal. M. LS.

De l'eczéma du conduit auditif externe, par HERMET. (*Journal de méd. de Paris*, n° 4, page 60, 27 janvier 1895.)

H. considère le nitrate d'argent comme le meilleur agent à employer, aussi bien dans l'eczéma que dans la furonculose du conduit auditif.

Il l'applique de la façon suivante. Après avoir bien nettoyé le conduit au moyen de lavages à l'eau bouillie, il y introduit un tampon d'ouate imbibé d'une solution de nitrate d'argent à 1/10: et il le laisse vingt-quatre heures en place. Le lendemain le conduit est uniformément noir, mais l'atrésie a disparu : l'épiderme cautérisé se détache par lambeaux au bout de deux ou trois jours. Le malade est momentanément guéri.

Pour la furonculose, la technique est identique avec cette différence que la cautérisation doit être renouvelée deux jours de suite. Si le furoncle est à son début, la résolution s'opère ; s'il est sur le point de s'ouvrir, le nitrate, en corrodant la peau, agit comme un coup de bistouri, le furoncle se vide et il n'y a pas d'autre inoculation consécutive. M. L.

Corps étranger de l'oreille, par A. BARBIER. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n° 59, 13 décembre 1894.)

Il s'agit d'une enfant de 6 ans, qui s'était introduit une perle dans l'oreille gauche. Ainsi qu'il arrive toujours, ce fut le pharmacien qui intervint pour enlever le corps étranger. Non-seulement il ne réussit pas à extraire la perle du conduit, mais encore il l'enfonça si bien qu'il perfora le tympan, d'où otite purulente. L'auteur, après quelques manœuvres un peu délicates, l'enfant n'ayant pas été chloroformisée, fut assez heureux pour débarrasser la malade.

Cette observation montre une fois de plus combien peut être dangereuse l'intervention d'une personne ignorante ou inexpérimentée. C'est à ce point de vue que nous avons jugé utile de la rapporter.

F. HELME.

Corps étranger du conduit auditif, par D'AGUANNO. (*Gaz. degli ospit.*, 2 février 1895.)

A. montre que le gonflement du conduit auditif à la suite de l'irritation produite par le corps étranger, à la suite des tentatives d'extraction, est en général le principal obstacle à l'issue des corps étrangers. Diverses manœuvres, introduction du petit doigt dans le conduit pour le dilater, tractions attirant le pavillon en arrière, et surtout mouvements de la mâchoire inférieure, facilitent souvent beaucoup l'extraction. Les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche inpriment des mouvements très nets à la partie antéro-inférieure du conduit et suffisent parfois à ramener vers l'extérieur un corps étranger engagé profondément. A. F. PLICQUE.

Contribution à la valeur pronostique de l'hyperostose du rocher, par R. HAUG. (*Arch. für Ohrenheilk.* Bd. 37, Hft 3 u. 4, 1894.)

Deux opinions ont cours sur la signification pronostique de l'hyperostose du rocher, anomalie qui consiste, comme on sait, en une diminution ou même en une disparition complète des espaces pneumatiques physiologiques, avec production exagérée de substance osseuse. Tandis que les uns en font une digue protectrice opposée à l'envahissement des méninges, les autres la considèrent comme une complication menaçante pour l'existence. Se basant sur l'étude de treize cas personnels, H. se range à cette dernière opinion.

Il est aisé de comprendre comment cette condensation osseuse favorise les complications intracrâniennes : loin de se répartir uniformément sur tout le temporal, elle frappe surtout l'apophyse mastoïde et les parois du conduit, la portion pétreuse étant relativement respectée ; or, c'est une loi générale que le pus tend à se faire jour du côté où il trouve le moins de résistance ; ce n'est donc pas vers la corticale, c'est-à-dire vers le lieu le plus favorable au point de vue du pronostic, qu'il se portera en cas d'hyperostose, mais bien vers la cavité crânienne. Ce n'est d'ailleurs pas seulement la guérison spontanée qui est rendue plus difficile par l'ostéosclérose, mais encore le traitement opératoire : il faut, en effet, aller chercher l'antre très profondément, jusqu'à près de deux centimètres, et dans cette recherche on ne peut avancer que lentement sous peine de faire éclater l'os.

Enfin, l'hyperostose présente encore l'inconvénient de rendre le diagnostic plus malaisé.

Cette complication ne se rencontre guère que de 16 à 40 ans ; elle est l'effet d'une suppuration chronique des cavités de l'oreille moyenne ; il n'est pas probable que des inflammations purement catarrhales puissent lui donner naissance. La suppuration est toujours de date plus ou moins ancienne, et l'on sait en effet qu'il est rare de rencontrer de l'hyperostose dans les mastoïdites aiguës. Toutes les suppurations chroniques de la caisse ne sont pas également aptes à provoquer le développement de l'ostéite condensante : ce sont surtout les lésions de l'attique et les cholestéatomes qui en favorisent la production. La symptomatologie des cas observés par H. peut se résumer ainsi : le plus souvent perforation en arrière et en haut, granulations, points osseux dénudés ; rétrécissement du conduit aux dépens de la paroi postéro-supérieure, sans changement de couleur de la peau ; pas de matité de l'apophyse comme on en trouve en cas de foyers superficiels ; l'apophyse rend, au contraire, un son plus clair que du côté sain ; sécrétion peu abondante mais fétide ; pas de sensibilité à la pression de l'apophyse mastoïde ; assez souvent douleur spontanée dans la région temporale ou en arrière de l'apophyse ; fatigue intellectuelle et physique ; apathie ou irritabilité. Les choses restent en cet état un temps plus ou moins long, dont la durée varie de quelques mois à 15 ou 20 ans. Puis un jour ou l'autre les douleurs augmentent, empêchent tout repos nocturne ; il survient de la fièvre et l'on assiste au développement de phénomènes encéphaliques plus ou moins graves. En somme, l'hyperostose du temporal rentre dans le cadre de ces lésions compensatrices qui peuvent avoir au début une action bienfaisante, mais qui, dans la suite, provoquent fatalement des altérations secondaires et de nouveaux troubles organiques. M. BOULAY.

Contribution à la statistique de la surdi-mutité, par S. Szenes, de Budapest (*Int. kl. Runds.*, n° 38, 1894 et *Monats. f. die gesammte Spachheilk*, décembre 1894).

Szenes a examiné 124 enfants à l'Institut des sourds-muets de Waitzen, dont 76 garçons et 48 filles, alors que la statistique hongroise donnait jusqu'alors 88 filles pour 100 garçons. Dans 27 cas, dont 17 garçons et 10 filles, l'étiologie était inconnue : dans 42 cas, soit 43,4 %, la surdi-mutité paraissait congénitale,

et dans 55 cas, soit 56,6 %, elle était acquise. Le plus souvent, pour les formes acquises, il s'agissait de maladies infectieuses : méningite, 14 fois ; manifestations typhiques, 14 fois ; scarlatine, 3 fois ; érysipèle, 2 fois, etc.

La surdi-mutité paraît très rare chez les enfants uniques, et atteint le plus souvent les premiers nés.

L'examen de l'oreille donne tous les degrés depuis le tympan le plus normal, jusqu'à l'épaississement le plus marqué ; 7 fois, bouchons de cérumen ; 4 fois, corps étrangers ; 1 fois, otorrhée chronique avec polype ; 2 fois, perforations persistantes ; 3 fois, cicatrices du tympan, et 2 fois, traces de mastoïdite suppurée.

Dix enfants sur 124 entendaient la montre. Dans 83 cas il n'y avait pas de conduction aérienne pour le diapason, et la plupart des enfants âgés disaient sentir, et non entendre, le diapason sur l'apophyse mastoïde. M. LS.

De l'influence du climat sur les affections auriculaires et naso-pharyngiennes, par GRAND (de Cannes) (*Lyon médical*, 30 septembre 1894)

L'auteur, avant d'habiter Cannes, avait exercé la médecine dans une région humide, et il remarqua combien dans cette dernière les affections de l'oreille et du naso-pharynx étaient plus fréquentes que sur le littoral méditerranéen. Il avait vu en outre que les inflammations auriculaires importées dans le Midi guérissaient plus facilement que dans le Nord, d'où l'idée qu'il eut d'entreprendre cette étude. Il rappelle le travail remarquable de Nimier sur le sujet, et qui montre que d'une façon générale la moitié Nord de la France présente plus de maladies de l'oreille que la moitié Sud, et que dans cette moitié Sud c'est le littoral de la Méditerranée et les régions alpestres avoisinantes qui sont les moins atteintes. Et ceci rectifie une erreur admise partout, à savoir que le climat marin était funeste aux oreilles ; c'est vrai pour la Manche et l'Atlantique, mais non pour la Méditerranée.

Chemin faisant, M. Grand nous montre les maladies que le climat méditerranéen améliore sans conteste ; c'est le coryza aigu et chronique, l'asthme des foins, les otites catarrhales, source de presque toutes les otites chroniques, les inflammations adénoïdiennes, etc. Sans doute, aux premiers jours de cette villégiature maritime, il y a un peu d'exagération des troubles, mais tout s'amende vite et le malade ne tarde pas à éprouver les bienfaits du séjour méditerranéen.

Conclusion : en réalité, le climat a une influence considérable sur la production et la marche des affections auriculaires. Les climats humides et froid ont sur elles une action fâcheuse, les climats secs et chauds une action favorable. « Pour ces affections d'une cnre si difficile, impossible bien des fois dans les pays du Nord, le séjour dans le Midi constituera un des plus puissants moyens de traitement.

F. HELME.

Etude statistique sur la surdi-mutité ; examen des pensionnaires des instituts de sourds-muets des comtés du Nord, par W. ROBERTSON. (*Lancet*, 8 septembre 1894, p. 567.)

Les tableaux ci-dessous sont le but et le résumé de cet article :

Tableau I, montrant la proportion de surdité-mutité acquise et congénitale dans 3 groupes de cas.

		S.-m. congénitale	S.-m. acquise	Cas douteux
Enfants . .	117	66 = 57 %	48 = 42 %	3 (tympan normal dans 2 cas, otorrhée dans 1 cas).
Adultes . .	57	29 = 51 %	27 = 48 %	1
Enfants . .	700	431 = 66 %	219 = 33 %	50

Tableau II. Cause de la surdi-mutité acquise dans trois groupes de cas.

Maladie causale	219 enfants	48 enfants	27 adultes
Scarlatine.	97 = 44 %	15 = 31 %	12 = 40 %
Méningite cérébro-spinale.	35 = 33 %	10 = 33 %	3
Rougeole	26 = 21 %	4 = 7 %	4
Traumatisme	14	3	2
Coqueluche	6	2	—
Insolation.	3	1	—
Paralysie	3	—	—
Convulsions.	3	—	—
Vaccins	3	1	1
Fièvre gastrique	1	3	1
Frayeur	1	2	—
Syphilis	—	—	2
Diphtérie	—	—	2
Influenza	—	1	—
Cause inconnue	—	3	—
Dentition	27	3	—

Tableau III. Etat détaillé de l'appareil auditif chez :

	Age	Date d'apparition	Naso-pharynx	Trompe d'Eustache	Tympan	Conduction osseuse négative	Conduction osseuse positive	Conduction aérienne négative	Conduction aérienne positive	Bruit violent non perçu	Bruit violent perçu	Etat du marteau
15 enfants devenus sourds à la suite de scarlatine	14		Végétations adénoïdes	Perméable	Perforé des deux côtés	—	1	—	1	—	1	Absent
	14	6	»	»	Normal	1	—	—	1	—	1	Mobile
	15	2	»	»	Déprimé	1	—	—	1	—	1	»
	12	3	Normal	»	Détruit	1	—	1	—	1	—	Détruit
	14	2	Ozène	»	»	1	—	1	—	—	1	»
	13	2	Végétations adénoïdes	»	Normal	1	—	1	—	1	—	Mobile
	9	2	»	»	»	1	—	1	—	1	—	—
	7	1 1/2	»	»	»	1	—	1	—	—	1	Mobile
	13	6	»	»	Détruit	1	—	1	—	1	—	Détruit
	17	4	»	»	Déprimé	1	—	1	—	—	1	Mobile
	7	2	»	»	Normal	1	—	1	—	1	—	Immobile
	7	1	»	»	Déprimé	1	—	1	—	1	—	Mobile
	9	2	Végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales	»	Terne	1	—	1	—	1	—	»
	12	4	Végétations adénoïdes	»	Détruit	—	1	1	—	—	1	Détruit
	10	2	Normal	»	Normal	1	—	1	—	1	—	Mobile
Scarlatine 13 adultes	19	6	Végétations adénoïdes	Perméable	Détruit	1	—	1	—	1	—	Détruit
	22	4	»	»	Normal	1	—	1	—	—	1	Mobile
	51	4	Catarrhe	»	Détruit	1	—	1	—	1	—	Détruit

Scarlatine 13 adultes	20	5	Végétations adénoïdes	Perméable	»	1	—	1	—	1	—	»
	48	4	Normal	»	Adhérent	1	—	1	—	—	1	Immobile
	16	7	»	»	Normal	1	—	1	—	—	1	Mobile
	17	2	Catarrhe	»	Gauche perforé, droit normal	1	—	1	—	1	—	Mobile à droite détruit à gauche
	45	5	Normal	»	Opaque	1	—	1	—	1	—	Mobile
	26	3	Catarrhe	»	Détruit	1	—	1	—	1	—	Détruit
	44	6	»	»	»	1	—	1	—	1	—	»
	31	2	»	»	Cérumen	1	—	1	—	1	—	—
	18	5	Végétations adénoïdes	»	Détruit	1	—	1	—	1	—	Détruit
	31	7	Normal	»	Normal	1	—	1	—	1	—	Mobile
Rougeole 4 enfants	15	3	Végétations adénoïdes	»	Cicatrices	—	1	—	1	—	1	—
	16	3	»	»	Rétracté	—	1	1	—	—	1	—
	15	1	»	»	Normal	1	—	1	—	1	—	Mobile
	9	—	»	»	»	1	—	1	—	—	1	»
Rougeole 3 adultes	29	14	Catarrhe	»	Opaque	1	—	1	—	—	1	»
	22	9	Normal	»	Normal	1	—	1	—	1	—	»
	35	2	»	»	Cérumen	1	—	1	—	1	—	Cérumen

Tableau IV. Importance étiologique de la méningite, des convulsions, etc., et leur influence sur l'appareil auditif

	Age	Date d'apparition	Naso-pharynx	Trompe d'Eustache	Tympan	Conduction osseuse		Conduction aérienne		Bruit violent		Etat du marteau	Etiologie
						néga-tive	posi-tive	néga-tive	posi-tive	non perçu	perçu		
19 enfants	14	1 an	Normal	Perméable	Rétracté	1	—	1	1	—	1	—	Inconnue
	14	3 ans	Végétations ordinaires	»	Normal	1	—	1	—	1	—	—	Méningite
	10	2 $^1/_2$	»	»	Mat	1	—	1	—	—	1	—	Convulsions
	10	2 $^1/_2$	»	»	Rétracté	1	—	1	—	—	1	—	Dentition
	12	3 ans	»	»	Concave	1	—	1	—	1	—	—	Méningite
	18	6 mois	»	»	Epaissi	1	—	1	—	—	1	—	Convulsions
	16	2 ans	»	»	Normal	1	—	1	—	—	1	—	Compression cérébrale
	14	3 $^1/_2$	»	»	»	1	—	1	—	1	—	—	Encéphalite
	12	6 mois	»	»	Atrophié	1	—	1	—	1	—	Mobile	Attaques
	9	3 ans	Normal	»	Rétracté	1	—	1	—	1	—	»	Troubles encéphaliques
	13	1 an	»	Etroite	Normal	—	1	—	1	—	1	»	Hydrocéphalie
	11	3 ans	Végétations adénoïdes	Perméable	Concave	1	—	1	—	1	—	»	Insolation
	16	3 ans	»	»	Normal	1	—	1	—	1	—	»	Inconnue
	11	1 an	»	»	Concave	1	—	1	—	1	—	»	Frayeur
	12	1 $^1/_2$	»	»	Normal	1	—	1	—	1	—	»	Dentition
	12	2 $^1/_2$	»	»	»	1	—	1	—	1	—	»	»
	12	2 $^1/_2$	»	»	»	1	—	1	—	1	—	»	Frayeur
	16	—	»	—	Normal	—	1	—	1	—	1	»	Inconnue
	7 $^3/_4$	5 mois	»	»	»	1	—	1	—	1	—	»	Hydrocéphalie
3 adultes	32	23 ans	Catarrhe	»	»	1	—	1	—	1	—	»	Fièvre cérébrale
	23	9 »	Normal	»	Détruit	—	1	—	1	—	1	Détruit	»
	22	4 »	Catarrhe	—	Détruit à droite, normal à gauche	1	—	1	—	—	1	Détruit à droite, mobile à gauche	»

Tableau V. Époque où l'audition a disparu dans trois groupes de malades.

Age.	1er groupe 219 enfants.	2e groupe 48 enfants.	3e groupe 27 adultes.
1re année	60	13	0
2e »	58 } 70 %	15 } 81 %	3
3e »	36	11	2
4e »	22	5	5
5e »	14	0	5
6e »	14	1	2
7e »	5	0	2
8e »	3	0	1
9e »	1	1	2
10e »	1	0	1
11e »	2	0	1
12e »	2	1	1
14e »	1	—	2
Incertain	—	1	—

Tableau VI. Etat de la membrane du tympan.

	Enfants Surdité Congénitale 66 cas.	Enfants Surdité Acquise 48 cas.	Adultes Surdité Congénitale 29 cas.	Adultes Surdité Acquise 27 cas.
Tympan normal.	42	23	16	11
» rétracté.	10	6	2	1
Otite moyenne chronique.	6	8	6	4
» » suppurée .	2	5	1	7
Cérumen, état incertain .	4	1	2	2
Complexe	2(1)		2(2)	2(3)

(1) 1er cas — à droite, otite chronique.
à gauche, otorrhée.
2e cas — à gauche perforation.
à droite otite moyenne chronique.

(2) 1er cas — à gauche détruit.
à droite normal.
2e cas — à gauche, détruit.
à droite, normal.

(3) 1er cas — à droite, détruit.
à gauche, normal.
2e cas — à gauche, détruit.
à droite, normal.

Tableau VII. Etat du marteau, etc.

	Enfants 75 cas. 4 douteux [1].		Adultes	
	S. acquise 27 cas.	S. congénitale 44 cas.	S. acquise 27 cas.	S. congén. 29 cas.
Marteau mobile	25	37 = 84 %	14	22
Osselets malades ou absents, etc.	1	2	7	1
Osselets ankylosés . . .	1	3	2 [2]	2 [2]
Cérumen		2	2 [3]	2 [4]

Tableau VIII. Etat des fosses nasales (Enfants).

	S. congénitale 66 cas.	S. acquise 48 cas.
Hyperrhinite. . .	33	19
Ozène.	2	1
Normal.	31	28

Tableau IX. Etat du naso-pharynx (Enfants).

	S. congénitale 66 cas.	S. acquise 48 cas.
Végétations adénoïdes	44 = 66 %	36 = 75 %
Végét. adén. et hypertrophie des amygdales	10	5
Ozène	1	0
Etat normal.	11	7

Tableau X. Fosses nasales (adultes).

	S. congénitale 29 cas.	S. acquise 27 cas.
Hyperrhinite	6	5
	5	3
Ozène	1	0
Etat normal.	17	19

(1) Douteux au point de vue étiologique = 3 mobiles, 1 malade.
(2) Absent à droite, mobile à gauche.
(3) Absent à gauche, mobile à droite.
(4) Normal à droite, absent à gauche.

Tableau XI. Etat du naso-pharynx (adultes).

	S. congénitale 29 cas.	S. acquise 27 cas.
Végétations adénoïdes	8	5
Catarrhe	7	12
Végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales	3	0
Ozène	1	0
Etat normal	10	10

Tableau XII. Etat de l'audition chez 114 enfants sourds-muets.

Etat de l'audition.	S. congénitale 66 cas.	S. acquise 48 cas.
Surdité complète	33 = 50 %	29 = 60 %
Bruits internes seuls perçus	19 = 28 %	13 = 27 %
Voix humaine entendue	7	5
Aucune espèce de conduction	51 = 77 %	42 = 87 %
Conduction osseuse et aérienne	4	6
Pas de conduction osseuse mais la conduction aérienne persiste	8	3
Conduction osseuse, pas de conduction aérienne	3	2
Mots entendus	2	0

Tableau XIII. Etat de l'audition chez 56 sourds-muets adultes.

Etat de l'audition.	S. congénitale 29 cas.	S. acquise 27 cas.
Surdité complète	18 = 62 %	15 = 55 %
Bruit intense seul perçu	2	3
Voix humaine	9	8
Aucune espèce de conduction	26 = 89 %	24 = 81 %
Les deux espèces de conduction persistent	2	3
Pas de conduction osseuse, mais l'aérienne existe	1	—
Conduction osseuse, pas de conduction aérienne	3	2
Cornet acoustique résultat négatif	16	20
» » » positif	13	7

Tableau XIV. Consanguinité, hérédité, etc.

57 adultes — 1 ménage sans enfants.

Célibataires, 35 — Mariés, 22 — Femme

Enfants, 87 — Sourde 17 — Entendant bien 5

Entendant bien 77 = °/₀ — Sourds 10 = 11,5 °/₀

C. W. DU BOUCHET.

Le traitement des affections de l'oreille consécutives à des lésions du naso-pharynx, par SIGISMOND SZENES (de Buda Pesth) (*Allgem. wiener mediz. Zeitung*, 18 et 25 septembre 1894, n°s 38 et 39.)

La communication des affections du naso-pharynx à l'oreille moyenne par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache est un fait banal, connu de tout le monde ; aussi le médecin auriste doit connaître à fond les maladies du nez et de la gorge afin de pouvoir les traiter en même temps qu'il agira sur l'oreille elle-même. Les différents microbes que l'on rencontre ordinairement dans le naso-pharynx, même chez les sujets sains, diplocoque de la pneumonie, staphylocoque pyogenes albus ou aureus, bacille de Friedlander, peuvent aisément gagner la caisse du tympan et y déterminer de l'otite moyenne. Lorsqu'on aura à pratiquer la douche nasale, il sera donc urgent de ne se servir que de liquides absolument aseptiques, pour éviter ce danger de propagation. C. BISCHMANN.

Sur le traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë, par GRADENIGO et PES (*Arch. für Ohrenheilk.*, 1894, Bd. 38. Hft. 1, u. 2).

C'est un fait bien établi aujourd'hui que la pathogénie habituelle, sinon constante, des otites moyennes aiguës est une infection ascendante par la voie tubaire. On connaît les divers microbes qui habitent, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, le nez et le pharynx nasal ; on sait encore que la gravité d'une otite ne dépend pas seulement de la variété du microbe provocateur, mais aussi de sa virulence. Aussi semblerait il *a priori* que le traitement de choix des otites consiste dans l'emploi des antiseptiques : or, c'est là une profonde illusion.

Les moyens antiseptiques dont nous disposons sont absolument impropres à détruire sur place les agents pathogènes des otites aiguës, et cela pour plusieurs raisons : d'abord la quantité de solution antiseptique que nous pouvons faire pénétrer dans la caisse est trop petite relativement à l'abondance des produits sécrétés ; en second lieu, ces antiseptiques sont impuissants s'ils sont employés en solutions étendues, ou bien ils sont irritants et mal supportés s'ils sont employés en solutions concentrées ; enfin, en supposant qu'elles puissent entrer dans la caisse en quantité suffisante, les solutions antiseptiques ne sauraient pénétrer dans tous les replis de la muqueuse, ni dans ses couches profondes où résident volontiers les microbes. Pour hâter l'expulsion de ceux-ci on a proposé, et c'est un moyen chaque jour employé, d'ouvrir artificiellement la membrane ou d'élargir sa perforation spontanée. C'est là une excellente méthode, même en cas d'exsudat séreux, mais à la condition de ne pas favoriser les infections secondaires ou tertiaires de la caisse par l'emploi d'instruments incomplètement stérilisés, par des lavages, des cathétérismes ou des douches d'air. On a proposé l'administration de douches d'air filtré : c'est là une naïveté, car ce ne sont pas les microbes de l'atmosphère qu'on doit redouter, ce sont ceux qui, siégeant sur la muqueuse nasale, naso-pharyngienne ou tubaire, seront entraînés dans la caisse par cet air préalablement, mais inutilement, filtré.

Les règles à suivre dans le traitement de l'otite moyenne aiguë doivent être toutes différentes de celles qu'on a observées jusqu'ici. Il faut donner issue au pus le plus tôt possible et assurer son écoulement permanent par un drainage convenable de la caisse et du conduit ; il faut empêcher toute infection secondaire par le conduit ou par la trompe ; enfin, on doit éviter toute irritation mécanique ou chimique susceptible de donner un coup de fouet au processus morbide. Ces indications sont remplies par la méthode suivante.

Au début, dans les premières heures de l'affection, essayer du traitement abortif : repos à la chambre ou au lit, instillation dans le conduit de quelques gouttes d'une solution aqueuse d'acide phénique à 1 ou 2 %. D'après l'expérience des auteurs et conformément aux résultats des recherches de Ceppi (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1893, nº 23), cette solution est beaucoup plus active qu'une solution concentrée dans la glycérine ; pour empêcher la macération de l'épithélium, on peut y ajouter 0,80 % de sel marin.

Dès qu'il y a du liquide dans la caisse, ouvrir artificiellement la membrane après les soins antiseptiques habituels ; ne faire suivre la paracentèse, ni de lavage du conduit, ni de douche d'air. Nettoyer le conduit à sec avec un tampon de coton, en ayant soin de ne pas toucher et de ne pas irriter la membrane ; introduire aseptiquement à l'aide d'un spéculum et d'une pince sous le contrôle de l'œil, une mince mèche de gaze iodoformée dont l'extrémité profonde sera aussi voisine que possible de la membrane sans la toucher ; l'autre extrémité de la mèche sera repliée dans le méat et dans la conque dont elle remplira la concavité. Si l'écoulement est abondant, faire un pansement occlusif avec de la gaze et du coton ; ou bien encore, ce qui est plus pratique, mais moins aseptique, boucher simplement le méat avec un tampon de coton hydrophile que le malade change lui-même plusieurs fois par jour à mesure qu'il s'imprègne de pus.

Dans les cas qu'ils ont traités par cette méthode, les auteurs ont vu les microbes pathogènes diminuer de nombre et perdre progressivement leur vitalité, sans l'emploi d'aucun autre moyen. Ils ont constaté également que si la gravité d'une otite moyenne aiguë n'est pas toujours en rapport avec la qualité des microbes pathogènes, elle ne l'est souvent pas plus avec la nature de la cause provocatrice. Cela tient en partie à la fréquence des infections secondaires : celles-ci retardent la guérison. Dans les formes mixtes, où il existe des saprophytes, on ne saurait préciser le mode d'action de ces derniers : car ils paraissent tantôt hâter, tantôt retarder la guérison. M. BOULAY.

De l'acide trichloracétique dans le traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par OKUNEFF. (*Journ. de méd. milit. russe*, novembre 1894.)

L'auteur recommande ce traitement quand la perforation tympanique est assez large, surtout quand il existe des granulations dans la caisse ou sur les lèvres de l'ouverture du tympan. 90 pour 100 des malades ainsi traités ont définitivement guéri.

L'oreille étant préalablement cocaïnisée, on essuie soigneusement le tympan : puis, avec un cristal d'acide trichloracétique fixé à un fil de fer en boutonnière, on touche les points malades, qui immédiatement blanchissent. On fait ensuite une injection dans le conduit pour enlever l'excès d'acide : on sèche et finale-

ment on insuffle une poudre antiseptique. Ces cautérisations doivent être faites tous les trois ou quatre jours, et seulement une fois par semaine si on cherche à amener la fermeture des perforations. M. L.

Des mastoïdites compliquant les otites, par GÉRARD MARCHANT. (*Soc. de chirurgie,* séance du 26 décembre 1894).

Il existe deux catégories d'abcès cérébraux d'origine otique : 1° ceux qui occupent la zone psychomotrice ou la zone cérébelleuse et donnent lieu à des symptômes précis en rapport avec leur localisation ; 2° ceux qui, situés en dehors de ces zones, se traduisent seulement par des signes sans précision : fièvre, douleur fixe, céphalalgie constante, coma. Or, M. attire l'attention sur ces derniers signes qui souvent sont trompeurs : et il faut faire des réserves cliniques avant d'admettre, en se fondant sur eux, un abcès cérébral et se décider à ouvrir le crâne ; des phénomènes fébriles, des douleurs névralgiques peuvent être consécutives à une trépanation mastoïdienne, sans indiquer pour cela une complication encéphalique, et ces accidents peuvent disparaître spontanément, sans nouvelle intervention. Donc : ne pratiquer l'ouverture du crâne que quand des symptômes très positifs traduisent ou font redouter une complication encéphalique ; mais faire une trépanation mastoïdienne hâtive classique pour s'opposer à son apparition. M. L.

Collection vermineuse (ascarides) développée dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde et ouverte spontanément à l'extérieur, par L. VIDAL (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n° 48, 27 septembre 1894.)

Il s'agit d'un enfant de 22 mois qui, au moment du premier examen, présentait depuis un mois une tumeur indolore derrière l'oreille droite. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume sans amener aucun trouble, puis elle s'ouvrit spontanément, livrant passage à un liquide clair et peu abondant. On se décida à recourir au médecin qui constata une fente fistuleuse située parallèlement et à 1 centimètre en arrière de la ligne d'insertion du pavillon de l'oreille. « Du conduit auditif externe se fait un écoulement clair et incessant. Les parois de la tumeur paraissent extérieurement très dures et donnent à la percussion la sensation d'une coque osseuse. » Injections, à travers le trajet

fistuleux, d'une solution faible de sulfate de cuivre. Après les premières injections « s'évaouent 4 petits vers blancs rosés que l'auteur reconnaît être des ascarides lombricoïdes. Le lendemain, nouvelle évacuation de trois vers de même espèce. L'enfant est alors perdu de vue.

Quel trajet ont suivi les ascarides pour parachever leur migration ? Le parasite a dû remonter par l'estomac, l'œsophage, s'engager dans la trompe d'Eustache et gagner l'oreille moyenne; mais comment expliquer leur passage jusque dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde ? Les cellules mastoïdes n'existent pas chez l'enfant ; elles ne sont représentées que par un bloc osseux de tissu dense, et ce n'est que plus tard qu'elles communiquent avec l'oreille moyenne. Il y aurait-il eu chez ce petit malade une évolution exceptionnellement précoce des cellules et du canal pétro-mastoïdien ? L'auteur ne peut répondre, mais le fait clinique lui a paru d'une rareté assez grande pour être publié.

F. HELME.

Mastoïdite et empyème du sinus maxillaire chez la même malade, par M. Charles H. Baker, (*Medical record*, 9 mars 1895).

L'intérêt de cette observation est : 1° la coexistence des deux affections ; 2° la pathogénie de la mastoïdite consécutive à l'empyène du sinus maxillaire. Les lavages du nez faits avec de l'eau trop froide, un jet trop fort, peuvent, comme B. en a observé un dernier cas, transmettre l'infection du nez à l'oreille moyenne. Il faut, avant le lavage, nettoyer soigneusement le nez. La disposition de la trompe d'Eustache favorise parfois cette infection secondaire.

A. F. PLICQUE.

Un cas d'abcès cérébral d'origine otique, par H. Knapp (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

Très intéressante observation d'une enfant de 9 ans, présentant une otorrhée gauche datant de plusieurs années, avec perforation large du tympan. Elle fut prise d'un redoublement de suppuration, de maux de tête et d'un peu de vertige, en même temps que se montrait chez elle de l'hémianopsie homonyme droite avec conservation des réflexes pupillaires et qu'on constatait l'étranglement de la papille. Bien que l'enfant parut très bien, continuât à jouer, chanter, etc., ne présentât aucun trouble mental, ces signes parurent suffisants pour assurer le diagnostic d'abcès cérébral et l'on fit la trépanation de l'apo-

physe et celle du cerveau où un abcès volumineux fut découvert et incisé. Malgré des accidents sérieux au cours du traitement ultérieur, l'enfant finit par guérir sauf d'une légère sécrétion au fond de l'oreille et la persistance de l'hémianopsie.

M. LS.

L'opération de Stacke dans les abcès sous-dure-mériens, par Ferreri. (*Arch. ital. di otol.*, etc., 1894, fasc. 4).

L'opération de Stacke, qui donne d'excellents résultats dans le traitement de l'otite moyenne purulente chronique avec lésions de la chaîne des osselets et de l'antre, est également applicable dans les cas où, les lésions portant spécialement sur le tegmen tympani, il existe au niveau de ce dernier une irritation méningée, habituellement latente et circonscrite, mais qui menace à tout instant de se propager à distance et de dégénérer en une véritable méningite. Cette opération ouvre en effet la meilleure voie pour atteindre les collections purulentes développées entre la dure-mère et la lame vitrée interne du temporal. Le diagnostic de ces abcès ne se fait le plus souvent qu'au cours de l'opération: un orifice fistuleux, d'où suinte une goutte de pus et dans lequel on peut introduire un stylet dans la direction de la cavité crânienne, en trahit l'existence. L'élargissement de cet orifice et la mise à nu de la dure-mère sont le complément nécessaire de l'opération de Stacke : cette intervention permet seule la guérison du malade. F. vient d'en faire l'expérience sur une jeune fille de 20 ans, atteinte d'otite moyenne suppurée chronique depuis l'enfance et qui avait été opérée pour la seconde fois de mastoïdite droite le 20 avril 1894 ; à la suite de cette opération, la plaie rétro-auriculaire s'était assez rapidement cicatrisée mais l'écoulement avait persisté par le conduit; trois mois plus tard, des douleurs étant survenues dans la région temporale en même temps que la paupière droite s'œdématiait, F. pratiqua l'opération du Stacke et se vit contraint, au cours de celle-ci, à mettre la dure-mère à nu pour donner issue à une collection purulente. Au bout de 40 jours la malade était complètement guérie de son écoulement et ne gardait, comme trace de l'opération, qu'une cicatrice infundibuliforme à la région mastoïdienne.

M. BOULAY.

Du traitement des abcès cérébraux consécutifs aux otites moyennes, par L. Picqué. (*Soc. de chirurgie*, séance du 29 décembre 1894).

Une intéressante discussion a eu lieu au sein de la société de chirurgie à la suite d'un rapport de Picqué. Celui-ci classe en deux catégories les accidents cérébraux d'origine otique : dans l'une, des symptômes fonctionnels très nets font faire aisément le diagnostic d'abcès cérébral ; dans l'autre, l'abcès n'occupant pas la zone motrice les symptômes sont vagues, et le diagnostic différentiel entre un abcès cérébral, une méningo encéphalite ou une phlébite du sinus latéral est des plus délicats. Cependant, une céphalalgie persistante localisée au même point, avec coma et ralentissement du pouls, indique à coup sûr une suppuration cérébrale. D'ailleurs, les abcès cérébraux sont, le plus souvent, accompagnés de collections purulentes péripétreuses qui forment comme un relai entre la suppuration mastoïdienne et la suppuration cérébrale.

La conduite à suivre par le chirurgien diffère suivant qu'il se trouve en présence de l'une ou l'autre catégorie d'accidents. Y a-t-il des troubles indiquant une lésion de la zone motrice ; il faut d'emblée trépaner le crâne au niveau de la circonvolution soupçonnée, puis ensuite ouvrir également l'apophyse mastoïde. Y a-t-il, au contraire, des accidents cérébraux vagues, il faut se contenter d'abord d'ouvrir la mastoïde ; et si, au bout de quarante huit heures, les accidents ne s'amendent pas, aller résolument à la recherche du foyer intra-crânien en se servant de la voie déjà ouverte.

Berger adopte absolument cette manière de voir. Si, par la brèche crânienne, il se produit un encéphalocèle traumatique il ne lui applique aucun traitement particulier ; généralement, au bout de quelques semaines, l'encéphalocèle se réduit de lui-même et se cicatrice avec les parties molles.

D'une façon générale les chirurgiens qui prennent part à la discussion, Routier, Schwartz, Lucas Championnière, sont d'avis qu'en présence d'accidents cérébraux survenant au cours d'une otorrhée, il faut d'abord trépaner l'apophyse mastoïde et attendre avant de pousser l'intervention plus loin.

M. L.

II. — *NEZ ET SINUS*

Appareils métalliques de soutien du nez, par Delorme (du Val-de-Grâce (*Gazette des hôpitaux*, 17 janvier 1895).

Trois fois, Delorme a eu recours à ces appareils, une fois pour redresser un nez affaissé, dans deux autres cas pour des restaurations nasales nécessitées par des mutilations de la face par coup de feu. La méthode de Martin, toujours employée, n'a pas donné d'excellents résultats et mérite d'être perfectionnée. Dans un cas, l'auteur a observé une intolérance absolue, résultant du déplacement de l'appareil ; dans un autre, une intolérance relative et dans le dernier, une tolérance complète, mais avec couverture insuffisante. La fixité du trépied métallique n'est donc pas toujours absolue, même quand il a été primitivement bien assujetti ; il détermine des douleurs dentaires vives, enfin il peut être intoléré.

Son application est délicate et « les difficultés de cette dernière augmentent, lorsque les maxillaires supérieurs ont subi des déformations, des pertes de substance et que les parties molles du nez n'ont conservé ni leur étendue ni leur souplesse.» Dans ce but, l'auteur propose, avant l'opération, un traitement préparatoire consistant en massages de la peau du nez, en dilatations, débridements au niveau des cicatrices et des adhérences et une modification de l'appareil de Martin.

G. LAURENS.

Des affections du nez dans les maladies infectieuses, en particulier dans la diphtérie, par C. Ziem, de Danzig (*Münchner med. Wochenschr.*, n° 8, 1895).

Dans ce deuxième article sur le même sujet, l'auteur insiste sur la très grande fréquence, la constance presque de la participation du nez aux inflammations spécifiques, aiguës ou chroniques ; la diphthérie dans la première catégorie, la tuberculose dans la seconde, fournissent des chiffres indiscutables et doivent attirer l'attention sur une désinfection plus soigneuse de la cavité nasale. Nous trouvons, à ce propos, une critique assez bizarre de la sérumthérapie et de la statistique de Roux,

et cette conclusion inattendue que le plus grand progrès à faire dans la psychiatrie pratique serait d'établir les relations entre les affections cérébrales et nasales. M. N. W.

Notice sur une forme de catarrhe consécutif au séjour sur le sommet du Ben Nevis, par Cameron Miller (*Brit. med. journ.*, 2 février 1895, p. 248).

Depuis onze ans une observation météorologique est établie au sommet du mont Ben Nevis et les militaires y sont détachés par groupes de trois, dont deux chargés des observations, le troisième du ménage. Chaque groupe y séjourne durant trois mois et l'absence de toute espèce de maladie est remarquable tant que dure le séjour à l'observatoire. Mais aussitôt descendus dans la plaine, les individus sont atteints, presque sans exception, de phénomènes rappelant en tous points ceux de l'influenza de moyenne intensité et durant de une à trois semaines. La même personne est atteinte chaque fois qu'elle a fait un nouveau séjour à l'observatoire ; enfin, lorsqu'une personne simplement enrhumée monte à l'observatoire, elle contamine presque infailliblement tous les individus qui y séjournent, mais dans ce cas, le catarrhe contracté ne dure guère plus de 24 heures. L'auteur pense qu'il s'agit dans ce cas de l'absence presque complète de germes nocifs au sommet de la montagne, de sorte que la muqueuse pituitaire, rénovée par un séjour de un à trois mois dans l'air pur, devient très vulnérable et ne défend plus l'organisme contre les germes qui abondent dans la plaine. M. N. W.

Emploi des vapeurs iodoformiques dans le coryza et la bronchite descendante, par M. Mavrel (*Bulletin général de thérapeutique*, 23 décembre 1894).

Ce travail est la suite et le complément d'une étude sur l'action de l'iodoforme sur les staphylocoques (Communication à l'Académie de médecine). Dès 1888, Hajek avait décelé dans les mucosités du coryza aigu la présence constante du *staphylococcus albus*. L'auteur a repris les expériences du rhinologiste viennois. Comme lui, il est arrivé aux mêmes résultats. D'autre part, ayant étudié l'action de l'iodoforme sur les staphylocoques, il eut ainsi l'idée d'utiliser, ainsi que nous venons de le dire, cet antiseptique dans le coryza aigu et la bronchite descendante. Voici les conclusions du travail de M. Mavrel.

« 1° Les vapeurs iodoformiques, se dégageant du coton iodoformé, guérissent rapidement le coryza et préviennent la bronchite descendante. 2° Cette dernière affection est elle-même rapidement améliorée par ces mêmes vapeurs, quand, à l'usage du coton, on ajoute celui des pastilles iodoformées. 3 Ce même traitement rend également des services dans les coryzas arthritiques; mais il est impuissant contre l'ozène. 4° Il me paraît utile de l'expérimenter contre la tuberculose des voies respiratoires. 5° Les vapeurs iodoformiques semblent agir, dans toutes les affections provoquées ou compliquées, par le *staphylococcus aureus et albus.* » F. HELME.

Cas d'empyème du sinus maxillaire simulant la prétendue rhinite caséeuse, par STRAZZA (*Bollet. delle malatt. dell'orecch.*, etc., février 1895).

Dans deux articles publiés antérieurement dans le même journal en 1891 et en 1893, S. a cherché à montrer que la prétendue rhinite caséeuse ou cholestéatomateuse n'est qu'une complication d'un état suppuratif des fosses nasales ou des cavités annexes, favorisée par une sténose nasale. Il vient d'observer deux nouveaux faits qui viennent à l'appui de cette opinion.

Dans l'un, il s'agissait d'une malade de 28 ans qui, depuis trois mois, souffrait de la moitié droite de la tête, mouchait du pus et éprouvait de l'obstruction nasale à droite ; il y avait de ce côté une forte déviation de la cloison et une hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur ; de plus, dans le fond de la narine le stylet rencontrait une matière molle, fétide, d'aspect caséeux dont on put retirer une grande quantité. La joue était légèrement tuméfiée et sensible à la pression au niveau du sinus maxillaire ; l'ouverture de ce dernier par la voie alvéolaire y fit découvrir la présence d'un peu de pus.

Chez une autre malade de 21 ans, les phénomènes étaient à peu près les mêmes ; mais ici, la sténose nasale était produite par la distension du sinus dont la paroi interne était refoulée du côté de la ligne médiane ; il existait, de plus, une nécrose de l'unguis et une fistule lacrymale.

Il s'agissait, évidemment, dans ces cas, de pseudo-rhinite caséeuse, en admettant qu'il existe une rhinite caséeuse vraie, à moins de supposer que les lésions du sinus et des parois osseuses étaient consécutives à l'accumulation des masses cholestéatomateuses dans la fosse nasale. M. BOULAY.

III. — *LARYNX ET TRACHÉE*

Des accidents laryngiens simulant le croup, par Bézy (*Presse médicale*, 2e année, n° 40, p. 318, 6 octobre 1894).

Entre la laryngite striduleuse qui fait grand tapage mais peu de mal, et le vrai croup qui fait peu de bruit, au moins au début, mais tue souvent, il existe une affection dont les accidents laryngiens ressemblent à s'y méprendre à ceux du croup. C'est la laryngite simple avec tirage continu, dont B. rapporte cinq observations personnelles.

Avec Touchard, il admet qu'il s'agit d'une laryngite sous-glottique, ayant pour conséquence une obstruction du larynx, due au gonflement de la muqueuse, à l'accumulation de mucosités et aussi à un spasme d'un tirage continu.

Le diagnostic d'avec le croup se fait par le début brusque, par la conservation du timbre de la voix, par l'absence de fausses membranes dans la gorge. Ce dernier signe manque, il est vrai dans le croup d'emblée, mais, dans ce dernier cas, l'ensemencement sur sérum du mucus amygdalien, alors même qu'il n'existe pas de fausses membranes dans la gorge, permet de déceler en moins de vingt-quatre heures la présence du bacille diphthéritique. M. L.

Kératose sous-cordale circonscrite, par Masucci. (*Bollet. delle malatt. dell' orecch.*, etc 1894, n° 8).

Un homme de 27 ans, guéri depuis deux ans d'une laryngite chronique qui avait exigé un long traitement, présentait de nouveau, depuis six mois, de la raucité de la voix. Il n'existait pour toute lésion qu'un petit nodule très dur, à surface hérissée d'aspérités blanchâtres, situé tout à fait à la partie antérieure de la corde gauche sur le bord inférieur de celle-ci. Enlevé à la pince, puis examiné au microscope, il se montrait constitué par un stroma de tissu conjonctif revêtu de cellules épithéliales pavimenteuses en grande partie carnéifiées, c'est-à-dire kératinisées et imbriquées. Examen bactériologique négatif. Il ne s'agissait ni de sclérome, ni de pachydermie, ni de ces épaississements épithéliaux à couche périphérique cornéifiée comme on

en voit parfois dans les vieux polypes, mais bien d'un processus spécial dont on trouverait sans doute l'explication dans les recherches histologiques de Heymann à qui nous devons précisément quelques données sur la kératinisation de l'épithélium laryngé. M. BOULAY

Injections intra-laryngées dans le traitement des maladies du larynx, de la trachée et des bronches, par A. BRONNR (*Lancet*, 28 avril 1894, p. 1062).

Le liquide habituellement employé par l'auteur est une solution de 5 à 20 °/₀ de menthol dans la paroléine (huile minérale incolore et insipide obtenue par la distillation fractionnée du pétrole). C'est le liquide employé également dans la laryngite tuberculeuse, sauf dans les cas où il survient de l'irritation ; il substitue alors au menthol du gaïacol (2 °/₀ ou du salol 20 à 30 °/₀) ou bien encore du baume du Pérou.

Dans les cas de laryngo-trachéite chronique ces injections sont très utiles. On peut employer une solution de nitrate d'argent de 1 à 5 °/₀ ou d'acide lactique de 5 à 30 °/₀.

L'effet de ces injections est très marqué dans les bronchites fétides, l'odeur peut disparaître au bout de 20 à 30 injections. Des essais récents avec des solutions faibles de myrtol et d'oleum pimenté sont encourageants.

Pour les liquides énergiques seuls il est nécessaire d'employer le laryngoscope ; pour les autres, c'est inutile, et les malades peuvent même arriver à pratiquer les injections eux-mêmes.

C. W. DU BOUCHET.

Traitement de la toux nerveuse, par L. LICHTWITZ. (*Gazette hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 18 novembre 1894).

L'auteur distingue, au point de vue pathogène, trois sortes de toux nerveuse :

1° La *toux nerveuse d'origine centrale* (chorée, tabes, hystérie.) Elle réclame un traitement général ; demi bains à 35° avec aspersion d'eau froide sur la nuque. Aux narcotiques, aux bromures, L. préfère la strychnine à hautes doses administrée suivant la méthode de Bouchard : donner d'emblée 6 milligrammes de sulfate de strychnine par jour et augmenter la dose de un milligramme tous les deux jours jusqu'à 9 milligrammes. Le traitement doit être fait par période de quinze jours, espacés

par une semaine de repos. Le massage, l'électricité sont des adjuvants utiles de cette médication.

2° *La toux d'origine périphérique* (irritation du nerf vague).

3° *La toux d'origine réflexe* (à point de départ auriculaire, nasal, utérin, etc.). Dans ces deux dernières catégories, on s'adressera directement à la cause première : extraction du bouchon cérumineux, enlèvements de polype du nez, guérison de cornets hypertrophiés, etc.

M. L.

Comment traiter la laryngite striduleuse grave des enfants ? par Huchard. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 38, 1er décembre 1894.)

Il ne faut pas trop, dit M. Huchard, laisser s'accréditer cette opinion que la laryngite striduleuse des enfants, pseudo-croup de Guersant, est toujours une maladie bénigne. Trousseau avait déjà cité des cas où elle nécessitait la trachéotomie. Il rappelle trois faits qu'il a déjà publiés, puis il insiste sur la division qu'a établie M. Touchard, interne de M. Sevestre, dans sa thèse sur le sujet. Les faits rapportés par cet auteur se divisent ainsi : 1° Cas nécessitant la trachéotomie avec guérison. 2° Cas de mort parce que la trachéotomie n'a pas été faite. 3° Cas très grave où l'on a pu éviter la trachéotomie. 4° Cas où le tirage a existé, mais avec une intensité moindre des symptômes.

Après avoir rappelé brièvement les théories qui ont été proposées pour expliquer l'accident, M. Huchard établit que ce qui constitue le danger dans les cas graves ce n'est pas l'inflammation, c'est le spasme ; c'est contre lui qu'il faut lutter. Comment? Par un traitement médical d'urgence, et, s'il y a lieu, par le traitement chirurgical. Ne pas trop compter sur les vomitifs dont on abuse, sur les traditionnels sinapismes ou les compresses d'eau chaude. S'adresser plutôt au bromure de potassium. Mais ce qui importe ici c'est la dose élevée du médicament qu'il faut d'emblée prescrire sans craindre les accidents toxiques. Suivre la médication pendant 5 à 8 jours. Dose : 4 à 5 grammes de bromure par jour chez un enfant de 4 ans et demi ; 1 gr. 50 pour un enfant de 21 mois. Tel est pour M. Huchard, le traitement médical d'urgence. Quant au traitement chirurgical, tout le monde le connaît, c'est le tubage ou la trachéotomie.

F. HELME.

Intubation du larynx dans le croup par la méthode d'O'Dwyer, par A. Bonain (de Brest). (*Semaine médicale*, n° 55, 3 octobre 1894.)

Cet article, publié quelque temps avant la vulgarisation en France de la sérumthérapie, constitue la revue la plus complète qui ait paru sur le sujet dans notre pays. L'auteur qui a été parmi nous le propagateur de la méthode d'O'Dwyer connaît admirablement le sujet et nul plus que lui n'était plus à même de fournir une vue d'ensemble bien au point de ce procédé si répandu à l'étranger.

Après la description des instruments et la technique de leur emploi, l'auteur recommande d'user de la boîte d'O'Dwyer qu'il utilise à l'exclusion de toute autre, puis il passe aux accidents et complications de la méthode. On peut les diviser en : 1° accidents opératoires : syncope, asphyxie ; 2° accidents pouvant survenir pendant le séjour même du tube dans le larynx : obstruction du tube par les fausses membranes, lésions du décubitus, gêne de la déglutition et difficultés de l'alimentation. L'auteur résume la symptomatologie de chacune de ces complications et, chemin faisant, il indique le moyen d'y remédier.

Puis il établit un parallèle entre la trachéotomie et l'intubation. Il ressort de sa consciencieuse et très complète étude, basée non-seulement sur sa grande expérience mais appuyée encore de l'autorité de quantités de patriciens tels que Bokai, Galatti, Gaughofner, etc., que le tubage est plus facile à pratiquer que la trachéotomie. D'autre part, toutes les statistiques tendent à démontrer qu'on obtient avec l'intubation de bien meilleurs résultats qu'avec la trachéotomie.

F. HELME.

CORRESPONDANCE

Le Mans, le 1er juillet 1895.

MON CHER DIRECTEUR,

Dans le numéro des *Annales* qui vient de paraître, j'ai lu avec plaisir une lettre que M. le Pr Gradenigo vous a adressée et où il signale son « *Mémoire sur le traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë,* » publié, avec la collaboration de M. le Dr Pes, le 6 juillet 1894 dans le « *Giornale della Reale accademia di Medicina di Torino,* » à propos de ma communication faite à la « *Société française de laryngologie, otologie et rhinologie* » le 3 mai dernier. Mon travail que vous publiez dans le numéro de juin *des Annales*, est antérieur de plusieurs mois à cette communication, comme vous le savez. Ceci posé, je commence par déclarer bien haut que je n'ai soulevé aucune question de priorité ni dans mon travail ni dans ma communication. Je puis affirmer aussi que le mémoire de M. le Pr Gradenigo m'était totalement inconnu, non seulement à l'époque où j'ai commencé mes recherches à ma clinique, mais même jusqu'au 8 juin dernier, jour où j'ai reçu un exemplaire de ce mémoire que l'auteur m'avait aimablement envoyé.

Bien que le principe du traitement et son mode d'application soient de part et d'autre identiques, je dois signaler une petite erreur qui s'est glissée dans la lettre de M. le Pr Gradenigo. Le mémoire du savant maître de Turin a trait exclusivement au traitement de l'*otite moyenne aiguë ;* ma communication et mon travail n'ont pour objet principal que le traitement des *otites moyennes* PURULENTES CHRONIQUES.

C'est même cette chronicité, parfois désespérante, qui a été la cause des recherches que j'ai entreprises. Ce que j'ai publié n'est donc pas une copie mais bien plutôt le complément de la publication de M. le Pr Gradenigo, et si j'avais eu l'heureuse chance de connaître ses expériences, je me serais empressé de les signaler, comme je l'ai fait, du reste, pour celles de mes excellents collègues les Drs Lermoyez et Helme.

Enfin, je n'ai pas eu la prétention de présenter une méthode absolument neuve, et les travaux de Leschevin, Schwartz, Walb et Lœwe m'étaient connus; mais on ne saurait cependant les comparer à ce qu'a écrit M. le Pr Gradenigo et à ce que j'ai écrit moi-même. Il ne suffit pas d'employer un procédé plus ou moins empirique pour créer une méthode, il faut que ce procédé dérive de principes bien établis, indéniables, tels que ceux qui nous sont fournis par l'antisepsie et l'asepsie en chirurgie générale.

Il y a quelques, années on rappelait encore les accidents dûs au manque de propreté élémentaire d'un ancien otologiste; ceux qui voudront bien lire le long et savant mémoire de M. le Pr Gradenigo, l'étude approfondie de MM. Lermoyez et Helme, sans parler de mon modeste travail, pourront se convaincre que les temps sont changés.

Le conduit auditif est désormais un tube que l'on doit traiter avec le même respect et les mêmes précautions dont use le bactériologiste envers son tube à culture. Il en est de même pour la trompe d'Eustache.

En terminant, je tiens à remercier M. le Pr Gradenigo de m'avoir fourni l'occasion de lui témoigner tout l'intérêt que m'inspirent ses nombreux et remarquables travaux si connus et si généralement appréciés. C'est aussi pour moi une heureuse coïncidence d'être arrivé à des conclusions absolument semblables aux siennes, que je ne connaissais pas, sur un sujet des plus importants de la pratique otologique.

Telle est, mon cher Directeur, la réponse que j'ai cru de mon devoir de vous communiquer en vous priant de vouloir bien l'insérer dans le prochain numéro des *Annales*.

Veuillez agréer, avec tous mes sincères remercîments, l'expression de mes meilleurs sentiments bien dévoués.

Dr Hamon du Fougeray.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMÉRIQUE

Larynx et Trachée

F. M. Crandall. Croup pseudo-membraneux suivi de pneumonie. Mort après un intervalle extrêmement long. (*Arch. of pediatrics*, mai 1893).

Comptes rendus de la XIVe réunion annuelle de l'Association laryngologique américaine, tenue à Boston les 20, 21 et 22 juin 1892. (Un vol. de 120 pages ; D. Appleton and Co, New-York, 1893).

E. Harrison Griffin. Aphonie hystérique avec voix chantée parfaite. (*N. Y. med. journ.*, 20 mai 1893).

Burrell. Indications pour la trachéotomie et l'intubation. (*Boston med. and surg. journ.*, 6 avril 1893).

C. J. Jennings. Deux cas rares de trachéotomie. (*Arch. of pediatrics*, juin 1893).

H. W. Cardwell. Une épingle dans la trachée. (*N. Y. med. rec.*, 10 juin 1893).

W. D. Booker. Un cas de diphthérie laryngée. (Amer. pediatric. soc. ; in *N. Y. med. journ.*, 1er juillet 1893).

H. S. Wetherill. Retour de la voix après l'extirpation totale du larynx et des cordes vocales. (Med. soc. of New-Jersey, 27 juin ; in *N. Y. med. rec.*, 8 juillet 1893).

W. D. Booker. Etiologie de l'inflammation primitive pseudo-membraneuse du larynx et de la trachée, avec remarques sur la diffusion des bacilles diphthéritiques dans les organes distants du siège de l'infection locale. (*Arch. of pediatrics*, août 1893).

H. F. Fisher. Tumeurs malignes du larynx. (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, juillet 1893).

Price Brown. Abcès du larynx. (*N. Y. med. rec*, 12 août 1893).

M. J. Asch. Discours du président à l'ouverture du XVe congrès annuel de l' « *American laryngological association* », le 22 mai. (*N. Y. med. journ.*, 29 juillet 1893).

M. Thorner. Corps étrangers des voies aériennes. (*N. Y. med. rec.*, 26 août 1893).

W. Peyre Porcher. Un cas de spasme glottique complet chez un adulte, suivi de perte de connaissance et d'un assoupissement prolongé. (*N. Y. med. journ.*, 26 août et 23 décembre 1893).

S. Kohn. Usage interne du calomel dans le traitement de la laryngite pseudo-membraneuse. (*N. Y. med. rec.*, 19 août 1893).

A. Gavino. Traitement de certains cas de laryngite chronique. (Sect. of lar. and rhin. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 5 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 9 septembre 1893).

Price Brown. Un cas d'élongation de l'épiglotte, réduite par une opération. (Sect. of lar. and rhin. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 5 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 9 septembre 1893).

S. Solis Cohen. Affections de la gorge observées chez les goutteux. (Sect. of. lar. and rhin. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 5 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 9 septembre 1893).

J. Finlayson. Paralysie du nerf récurrent laryngé chez un enfant par suite de son implication dans les glandes scrofuleuses. (*Arch. of pediatrics*, septembre 1893).

H. Holbrook Curtis. Effets des mauvaises méthodes de chant sur les organes vocaux. (Sect. of lar. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 7 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 30 septembre 1893 et *N. Y. med. journ.*, 20 janvier 1894).

E. F. Ingals. Aphonie hystérique et surdité. (Sect. of lar. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 7 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 30 septembre 1893).

S. E. Solly. Cas de laryngite tuberculeuse traités à Colorado Springs. (Sect. of lar. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 9 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 30 septembre et *Therap. gazette*, 15 novembre 1893).

T. Morris Murray. Cas d'ulcérations du larynx traités par la méthode de Krause. (Sect. of lar. of the Pan. Amer. med. Congress, 7 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 30 septembre 1893).

E. L. Shurly. Emploi des formates dans les ulcérations des membranes laryngée et pharyngée. (Sect. of lar. of the Pan. Amer. med. Congress, Washington, 7 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 30 septembre 1893).

D. Bryson Delavan. Les statistiques des opérations pratiquées pour le cancer du larynx. (*N. Y. med. journ.*, 14 octobre 1893).

F. Semon et **D. Newman.** De la métamorphose des tumeurs laryngées bénignes en tumeurs malignes après les opérations intra-laryngiennes. (*N. Y. med. journ.*, 2 juin 1894).

C. C. Rice. Corps étranger du larynx ou de l'œsophage. (*Arch. of pediatrics*, juin 1894).

C. Phelps. Un cas d'épithélioma du larynx. (*N. Y. med. journ.*, 23 juin 1894).

Bryson Delavan. Adresse présidentielle, (16e réunion annuelle de l'Amer. lar. assoc., Washington, 30 mai 1894).

E. M. Shields. Extraction d'un insecte du larynx, (16e congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 31 mai 1894).

C. H. Knight. Trois cas de néoplasmes du larynx, (16e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 31 mai ; *N. Y. med. journ.*, 1er décembre 1894).

A. A. Bliss. Deux cas de néoplasmes malins du larynx, (16e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 31 mai ; *N. Y. med. journ.*, 10 novembre 1894).

H. L. Swain. Un cas intéressant de laryngectomie par une nouvelle méthode, (16e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 31 mai ; *N. Y. med. journ.*, 13 octobre 1894).

F. J. Knight. Nodules des chanteurs, (16e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 1er juin ; *N. Y. med. journ.*, 1er décembre 1894).

J. W. Gleitsmann. Importance du diagnostic précoce des tumeurs malignes de la gorge, (16e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 1er juin ; *N. Y. med. journ.*, 18 novembre 1894).

W. Peyre-Porcher. Gorges neurasthéniques, (16e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 1er juin 1894).

E. F. Ingals. Kyste du larynx, (16e congrès de l'Amer. lar. ass., Washington, 1er juin 1894).

C. H. Knight. Un cas de kyste de l'épiglotte. (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

F. E. Hopkins. Un cas remarquable de tuberculose laryngée. (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

W. H. Carmalt. Extirpation du larynx. (Amer. surg. ass., 31 mai ; in *N. Y. med. rec.*, 21 juillet 1894).

J. H. Prior. Observation d'un cas d'œdème sus-glottique sans cause apparente. (*N. Y. med. rec.*, 28 juillet 1894).

E. F. Ingals. Kyste du larynx guéri par des injections d'acide carbonique; observations de mycosis pharyngien et amygdalien. (*N. Y. med. journ.*, 1er septembre 1894).

J. Wright. Quelques remarques sur la récente littérature laryngologique et rhinologique. (*N. Y. med. journ.*, 22 septembre 1894).

F. S. Crossfield. Tuberculose du larynx et du pharynx. (*N. Y. med. journ.*, 29 septembre 1894).

A. W. de Roaldès. Un cas de corps étranger (morceau d'or) engagé dans les ventricules du larynx. (*N. Y. med. journ.*, 27 octobre 1894).

H. S. Birkett. Un cas de sarcôme subcordal à cellules enlevé par la thyrotomie. (*N. Y. med. journ.*, 17 novembre 1894).

L. C. Armstrong. Graine de melon d'eau extraite au bout d'une semaine de la trachée par la trachéotomie. (St-Louis Weekly med. review, 3 novembre 1894).

Pusey. Communication sur 107 cas d'intubation. (Amer. Pract. and News, 6 octobre 1894).

L. Hauck. Intubation. (St-Louis, med. and surg. journ., décembre 1894).

W. E. Casselberry. Arthrite déformante du larynx (*N. Y. med. journ.*, 14 octobre 1893).

J. C. Mulhall. Laryngite hiémalis. (*N. Y. med. journ.*, 14 octobre 1893).

W. Scheppegrell. Aphonie hystérique. *Med. news*, 16 septembre 1893).

W. H. Daly. Administration interne du calomel dans le traitement de la laryngite pseudo-membraneuse. (*N. Y. med. record*, 28 octobre 1893).

C. Edison et **H. M. Biggs.** Le croup membraneux est-il contagieux ? (*N. Y. med. rec.*, 11 novembre 1893).

J. Solis Cohen. Voix pharyngée : présentation d'un malade parlant sans larynx et sans se servir des poumons. (*N. Y. med. journ.*, 11 novembre 1893).

Grayson. Guérison spontanée d'une laryngite tuberculeuse ulcéreuse. (*Med. news*, 4 novembre 1893).

W. Scheppegrell. Tumeurs non malignes du larynx. (New Orleans, med. and surg. journ., novembre 1893).

R. J. Stanton. Observations de 70 cas d'intubation. (*N. Y. med. rec*, 35 novembre 1893).

H. S. Straight. Un cas d'aphonie due à une rhinite hypertrophique. (*N. Y. med. rec.*, 25 novembre 1893).

G. M. Lefferts. Intubation chez l'adulte. (*N. Y. med. journ.*, 9 décembre 1893).

J. Mount Bleyer. Observation montrant comment un tube à intubation perdu fut retrouvé au moyen d'une sonde électrique. (*N. Y. med. rec.*. 16 décembre 1893).

J. H. Bryan. Quelques-unes des manifestations de la syphilis des voies aériennes supérieures. (*N. Y. med. journ.*, 16 décembre 1893).

C. G. Kerley. Un cas de laryngisme striduleux. (*Arch. of pediatrics*, janvier 1894).

R. P. Lincoln. Réapparition d'un autre côté d'une tumeur laryngienne (papillôme) dans un cas rapporté précédemment sous le titre d' « Evulsion d'une tumeur du larynx qui récidiva 22 ans après son ablation par la laryngotomie » avec l'analyse de 34 cas. (*N. Y. med. journ.*, 30 décembre 1893).

Hubbard. Laryngectomie pour un épithélioma du larynx. (N. Y. acad. of med. sect. of lar. and rhin., 27 décembre 1893; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

W. H. Park. Carcinôme du larynx. (N. Y. acad. of med. sect. of lar. and rhin., 27 décembre 1893 ; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

J. Mount Bleyer. Microphonographe modifié. (N. Y. acad. of med. sect. of lar. and rhin., 27 décembre 1893; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

W. A. Dickey. Croup membraneux. (St-Louis Weekly, med. review, 27 janvier 1894).

W. Hailes. Intubation laryngienne compliquée. (Med. soc. of the state of New-York, 6 février ; in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

W. M. Seward. Un cas d'intubation du larynx présentant un intérêt exceptionnel, avec quelques remarques sur le traitement de cette catégorie de cas. (*N. Y. med. journ.*, 3 mars 1894).

J. Wright. Quelques remarques critiques sur la récente littérature laryngologique et rhinologique. (*N. Y. med. journ.*, 24 février 1894).

T. M. Stewart. Laryngite chez la femme. (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, janvier 1894).

Cheatham. Œdème aigu du larynx; intubation. (*Med. and surg. reporter*, 3 mars 1894).

Irwin. Laryngite striduleuse consécutive à une blessure du bras par une balle. (*Med. and surg. reporter*, 27 janvier 1894).

E. R. Heard. Une méthode simple pour introduire des tiges métalliques dans les voies aériennes supérieures. (*N. Y. med. rec.*, 17 mars 1894).

J. O'Dwyer. Etat actuel de l'intubation dans le traitement du croup. (*N. Y. med. journ.*, 18 mars 1894).

C. H. Knight. Un cas de kyste de l'épiglotte. (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

NOUVELLES

Un des otologistes les plus éminents de l'Allemagne, le Professeur Moos, vient de mourir le 16 juillet, à Heidelberg, à l'âge de 64 ans.

Moos s'était tout particulièrement consacré à l'étude de l'anatomie pathologique de l'oreille. Ses recherches sur les lésions scarlatineuses et diphtéritiques de l'oreille interne, ses travaux sur la circulation du tympan sont connus de tous. Il dirigeait avec le Dr Knapp, de New-York, le Zeitschrift für Ohrenheilkunde.

La IVe session du Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie, se tiendra à Clermont-Ferrand, à la fin de septembre 1896. Les communications doivent être adressées au Dr E. Fredet, à Rogat (Puy-de-Dôme).

Le Dr Erskine a été nommé *leoteur d'otologie* à l'Ecole de Médecine de Glasgow.

Les résolutions suivantes ont été prises à la 6e réunion des *Oto-laryngologistes belges* tenue à Bruxelles le 18 juin 1895.

1° Il est créé une Société belge d'oto-laryngologie ;

2° Elle se réunira en une assemblée solennelle annuelle où des questions déterminées seront mises à l'ordre du jour avec nomination de rapporteurs chargés de les présenter. Quelques réunions secondaires auront lieu pendant l'année pour avoir l'occasion de se montrer des malades et d'étudier leurs cas ;

3° Toutes les réunions auront lieu à Bruxelles dans un local de l'Université ;

4° On élira un président, non rééligible l'année suivante, un secrétaire et un trésorier ;

5° Une commission composée des anciens présidents est chargée de faire un projet de statuts.

6° Ont été nommés pour cette année : *Président :* Délie ; *Secrétaire :* Buys ; *Trésorier :* Cheval.

Dans sa dernière séance, la *Société de Laryngologie de Berlin* a décidé d'adopter la Nomenclature anatomique dressée par le Congrès d'anatomie de Bâle.

Le 24e Congrès de l'*Association Française pour l'avancement des Sciences* s'est tenu à Bordeaux du 3 au 10 août.

Le Dr Chiucini, de Rome, se proposant de publier un travail aussi complet que possible sur les *abcès du cerveau et du cervelet provoqués par des otites moyennes purulentes*, prient ceux de ses confrères qui auraient fait paraître des études sur ce sujet ou qui posséderaient des observations inédites de bien vouloir les lui communiquer. Le Dr Chiucini serait particulièrement désireux de connaître les *études expérimentales* entreprises sur ce sujet, et il adresse ses remercîments anticipés aux confrères qui voudront bien lui répondre à l'adresse ci-après : Dr G. Chiucini, 23, via Genova à Rome.

Le Dr O. Frankenberger vient d'être nommé docent de *laryngorhinologie* à l'Université Tchèque de Prague.

La Faculté de Médecine de Cagliari (Sardaigne) a décidé de demander au Ministre l'Institution d'une chaire d'*Oto rhino laryngologie* afin de faciliter aux étudiants du pays l'étude de ces spécialités.

Le Prof. Grazzi nous prie d'annoncer que tous les *chemins de fer Italiens* feront aux Congressistes se rendant à Florence des réductions de prix proportionnées à la distance, à partir de la frontière Italienne.

L'eau de Gubler, Chatel-Guyon, toniqua et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

Solution et comprimés Blancard. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

De l'actinomycose humaine à Lyon, par A. Poncet (Extrait de la *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, avril 1895).

Bulletin de la Société de médecine de Rouen (2e série, Vol. VIII, Rouen, 1895).

Sclérose linguale superficielle et leucokératose ; leur traitement par les pulvérisations d'eau minérale, par P. Bénard (Extrait des *Annales de la Soc. d'hydrologie*, 1895).

Compte rendu statistique de la Section Otoiatrique de la Polyclinique générale de Turin pendant 6 ans, du 1er juin 1889 au 31 mai 1893, par G. Gradenigo (Extrait de l'*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, fasc. 3, juillet 1895).

Traitement des épaississements de la cloison des fosses nasales. Scies et trépans électriques, par P. Lacroix (Broch. de 62 pages, H. Jouve, éditeur, Paris, 1895).

Contributions à l'étude de la laryngite chronique pachydermique par J. Habermann (Tirage à part du *Zeits. f. Heilk.* Bd. XVI. 1895).

Congrès International de Bains de Mer et d'Hydrothérapie marine. Première session, Boulogne-sur-Mer, 1894. Comptes rendus et mémoires (Un vol. de 396 pages, G. Masson, éditeur, Paris, 1895).

Comptes rendus de la Société Berlinoise de laryngologie (Vol. I, II III et IV, années 1889-90, 1890-91, 1891-1892, 1893, Berlin, 1894).

Rapport adressé à M. l'Inspecteur d'Académie, directeur de l'Enseignement primaire du département de la Seine, sur la fréquence des tumeurs adénoïdes dans les écoles de la ville de Paris, par J. Baratoux (Broch. de 31 pages, Impr. A. Davy, Paris, 1895).

Policlinique de Toulouse. Maladies du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles. Revue statistique pour l'année 1894, par L. Lacoarret (Suppl. au no de mai 1895 des *Annales de la policlin. de Toulouse*).

Diagnostic des maladies des sinus accessoires et leur traitement, par R. C. Myles (Extrait de *The New-York, policlinic*, février et mars 1895).

Le Gérant : G. Masson.

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. DESTENAY BUSSIÈRE FRÈRES

Tome XXI. -- N° 9. — Septembre 1895.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

EXTRACTION D'UN VOLUMINEUX SÉQUESTRE DES FOSSES NASALES (OPÉRATION DE ROUGE)

Par le Dr **Aimé GUINARD**, chirurgien des hôpitaux.

Je viens de pratiquer l'opération de Rouge pour aborder les fosses nasales et les sinus maxillaires. J'ai été frappé des avantages que présente ce mode d'intervention qui n'a pas, selon moi, dans la rhinologie en France, la place importante qu'il mérite. Aussi je crois utile de rapporter dans tous ses détails l'observation suivante.

I

M. X... âgé de 34 ans, est originaire du Haut Rhin. Il a toujours eu une excellente santé ainsi que ses frères et ses parents. En 1890, il a été pris d'accès fébriles revenant chaque soir, et il a consulté un médecin militaire qui a diagnostiqué la syphilis et a prescrit un traitement au mercure et à l'iodure de potassium, suivi strictement jusqu'à la fin de 1892. Les cheveux qui, au début tombaient abondamment, repoussent à ce moment-là. Le malade fait alors un voyage en Algérie, où des accidents du côté des fosses nasales commencèrent à apparaître : il se plaignait surtout de douleurs névralgiques très vives dans la face. Son médecin de Constantine l'envoie à Alger où un chirurgien croit inutile toute opération et prescrit un traitement mixte au mercure et à l'iodure de potassium. Les douleurs continuent si intenses qu'au commencement de 1893, le malade « perd sa lucidité d'esprit ». Il quitte l'Algérie en juin 1893 et consulte

différents médecins en Suisse, en Alsace et enfin à Paris. Le professeur Fournier, après avoir prescrit un traitement spécifique à hautes doses, m'envoie le malade en novembre 1894 et je constate l'état suivant.

M. S... paraît de vigoureuse constitution : il ne se plaint actuellement que de trois symptômes qui, il est vrai, présentent une intensité extraordinaire. C'est d'abord un écoulement par le nez de liquide infect et sanieux avec des masses caséiformes. Il salit dix à douze mouchoirs dans la journée. En second lieu, il répand autour de lui une odeur repoussante qui l'empêche absolument d'exercer sa profession : toute relation lui est impossible : il vit absolument seul et son moral est dans l'état le plus déplorable. Enfin, il a une petite perforation de la voûte palatine qui le gêne surtout pour avaler les liquides A l'examen on voit tout d'abord une asymétrie notable de la face. La région du sinus maxillaire droit est saillante et douloureuse à la pression. Le nez a conservé sa forme. Lorsqu'on introduit un stylet dans les fosses nasales, on tombe dans un magma caséeux qui cache un séquestre volumineux enclavé sur la ligne médiane au niveau du plancher des fosses nasales, à l'insertion de la cloison. Ce séquestre se perçoit aussi bien par la narine droite que par la gauche. Ajoutons que par l'étroite perforation de la voûte palatine qui s'ouvre dans la bouche, on arrive aussi sur le séquestre en question.

Dans ces conditions, il me semble évident qu'une opération s'impose et je conseille l'opération de Rouge qui est acceptée par le malade ; surtout, je dois le dire, quand il s'est bien rendu compte qu'elle ne laisserait aucune cicatrice visible sur le visage. Le 7 novembre je procède donc à l'opération de Rouge. Le malade étant profondément chloroformé, je le place dans la position de Rose, la tête en hyperextension, renversée sur les genoux d'un aide. Je fais une large incision le long du sillon vestibulaire supérieur de la bouche, ce qui me permet de décoller aisément la lèvre supérieure des parties sous jacentes et, d'un coup de ciseau, je détache le cartilage de l'épine nasale. Je pénètre alors aisément avec le doigt dans les fosses nasales et je constate la présence d'un volumineux séquestre constitué en partie aux dépens de la cloison et surtout de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur. Ce séquestre est très nettement mobile ; il est entouré d'une quantité extraordinaire de masses pultacées, grisâtres, infectes, que j'enlève avec une grosse curette. Je saisis ensuite le séquestre avec un davier et je

l'extrais sans la moindre difficulté. J'effondre alors la paroi externe de la fosse nasale droite et je pénètre avec le doigt dans le sinus maxillaire droit qui est bourré de masses infectes semblables à celles qui remplissaient les fosses nasales. Je nettoie complètement le sinus avec la curette. Explorant ensuite la fosse nasale gauche, je m'assure que le sinus maxillaire de ce côté n'est pas envahi et que la voie est complètement libre jusque dans l'arrière-cavité et le pharynx. Je bourre toute cette cavité avec de la gaze iodoformée et j'ai soin de faire ressortir l'extrémité des mèches par l'orifice des narines. Toute hémorrhagie est ainsi tarie, et je me borne à rabattre les parties molles du nez et la lèvre supérieure au-devant de l'orifice osseux des fosses nasales. Pour bien maintenir ces parties molles en place, je place un point de suture dans le vestibule buccal au niveau du frein de la lèvre supérieure qui est un point de repère précieux pour préciser avec sûreté et exactitude la ligne médiane. Deux points de suture latéraux au catgut consolident la première suture. Le séquestre extrait a le volume et la forme d'une pièce de 2 francs. Il est irrégulier sur les bords, jaune, dentelé, incrusté de masses pultacées infectes. Les suites de l'opération ont été des plus simples. Le malade n'a pas eu un seul jour une température au-dessus de 37°. Quarante-huit heures après l'opération, j'enlève la gaze iodoformée qui tamponne les fosses nasales : je pratique un lavage copieux de la région et je tamponne de nouveau avec de la gaze, mais cette fois très peu serrée. Huit jours après, le malade reprenait sa vie habituelle et se bornait à faire trois fois par jour des lavages soignés des fosses nasales.

II

Voilà près de six mois que cette opération de Rouge a été pratiquée. J'ai eu l'occasion de revoir souvent l'opéré : il est complétement guéri. Pendant six semaines il y a eu un écoulement séro-sanguinolent assez abondant. J'ai dû à quatre reprises badigeonner les parois des fosses nasales avec de la teinture d'iode pure; mais actuellement tout écoulement a disparu et le malade ne se plaint d'aucune sorte de malaise. Il est surtout reconnaissant, il faut y insister, de n'avoir pas de cica-

trice visible sur le visage. Je l'ai encore vu récemment : il est sur le point de se marier. Pour le guérir, on pouvait aborder le séquestre par la rhinotomie médiane, ou par la voie palatine. Il était impossible de songer à l'extraire par les voies naturelles. La voie palatine aurait conduit à des délabrements considérables, car, ainsi que je l'ai dit, le séquestre était libre dans les fosses nasales, et n'aurait pu être amené facilement dans la bouche. Restait donc la rhinotomie médiane. J'ai pratiqué deux fois cette opération et je reconnais qu'elle donne un jour très suffisant pour explorer les fosses nasales et pénétrer facilement dans les sinus maxillaires. Je reconnais aussi que la cicatrice ultérieure est beaucoup moins visible qu'on ne pourrait le penser *à priori*. C'est une cicatrice linéaire qui suit très exactement la ligne saillante du nez et qui, au bout de quelques mois, est à peine perceptible à une observation inattentive. Il n'en est pas moins vrai que c'est une cicatrice et que, par là-même, on ne peut affirmer à l'avance qu'elle ne sera pas pigmentée ou chéloïdienne. On sait combien l'aspect des cicatrices est variable suivant les sujets. Certains malades font des cicatrices exubérantes qui rougissent ou bleuissent au froid ; bref, il est bien évident qu'à mérite égal on devra préférer une opération qui n'est pas suivie de cicatrice cutanée. Pourquoi donc hésiter et ne pas recourir dans tous les cas à l'opération de Rouge ? Pour ma part, je ne vois qu'un inconvénient à cette opération. C'est l'extrême abondance de l'hémorrhagie à laquelle elle donne lieu. Cette hémorrhagie est en effet considérable et gêne l'opérateur. Mais il faut savoir que cette hémorrhagie s'arrête spontanément et il suffit de tamponner patiemment dès que les incisions des parties molles sont complètes, c'est-à-dire suffisantes pour mettre à découvert l'orifice osseux des fosses nasales. On aura donc soin de faire rapidement les incisions nécessaires sans s'occuper de l'hémorrhagie, et lorsqu'on en a fini avec le bistouri et les ciseaux, on tamponne pendant le temps nécessaire. Disons aussi que la position de Rose rend les plus grands services. Grâce à la position de la tête en hyperextension au bord d'une table de façon à ce qu'elle repose sur les genoux d'un aide, on n'a pas à redouter la suffocation que produirait l'in-

troduction du sang dans le larynx et la trachée. Quant à la lumière que donne cette incision vestibulaire, elle est très suffisante. Je peux dire qu'elle est tout aussi grande que celle qu'on peut avoir par la rhinotomie médiane. Je crois donc que l'opération de Rouge est indiquée dans tous les cas où on pratique couramment la rhinotomie médiane qu'elle remplace avantageusement.

III

En résumé, je dirai que l'opération de Rouge mérite à tous égards de prendre une place prépondérante parmi les opérations dans lesquelles on se propose d'aborder les fosses nasales. Elle a le grand avantage de ne s'accompagner d'aucune cicatrice visible à l'extérieur, ce qui est bien à considérer surtout quand on opère chez des sujets jeunes. Elle donne lieu, il est vrai, à une hémorrhagie abondante, mais cet écoulement sanguin s'arrête toujours seul, et il suffit de placer l'opéré dans la position de Rose pour que la chloroformisation ne soit pas entravée. Elle donne un accès très large dans les fosses nasales et permet une exploration très facile des sinus maxillaires. Il m'a semblé qu'elle n'avait pas, parmi les rhinologistes français, la faveur qu'elle me semble mériter ; aussi ai-je cru utile d'entrer à son sujet dans les développements qui précèdent.

II

CONSIDÉRATIONS SUR LES STÉNOSES DU LARYNX NOUVELLE MÉTHODE DE DILATATION

Par le Dr **C. CORRADI**, spécialiste à l'hôpital de Vérone.

Nous connaissons bien les conditions morbides, qui, en général, peuvent, dans certains cas, déterminer une sténose plus ou moins grave du larynx. Nous citerons entre autres la diphthérie, le laryngo-typhus, la laryngite hypoglottique, la syphilis tertiaire ; et aussi l'hypertrophie des tissus mous tapissant l'intérieur du larynx à la suite d'une phlogose, surtout chez les enfants après le croup, soit simple, soit diphthérique, lorsque la trachéotomie pratiquée trop haut a intéressé le cartilage cricoïde, etc.

Il y a toutefois un fait sur lequel il nous semble que l'on n'a pas suffisamment attiré l'attention et qui, même s'il ne suffit pas à provoquer à lui seul une sténose du larynx, peut cependant la favoriser au plus haut degré s'il existe quelque tendance à sa production. Ce fait, qui a une signification très importante au point de vue de l'étiologie, consiste dans la situation irrationnelle de la fenêtre, que l'on ouvre ordinairement à la paroi supérieure des canules, inconvénient qui se produit surtout avec les canules de caoutchouc durci, dont l'usage est universel.

Supposons un enfant convalescent du croup, trachéotomisé. On pense à ôter la canule ; mais si on la ferme avec le doigt on est désappointé de trouver que, bien qu'elle soit fenêtrée et que plusieurs jours soient déjà écoulés, le petit malade ne respire pas. Cependant, si l'on ôtait la canule et que l'on mit le doigt sur la plaie trachéale l'enfant pourrait encore proba-

blement respirer, mais on ne pense jamais à le faire surtout dans ces cas-là.

Toujours est-il que, dans les canules qui se trouvent dans le commerce, la fenêtre est située beaucoup plus en arrière qu'elle ne devrait l'être, de sorte que, surtout pour les enfants, elle ne peut correspondre à l'ouverture inférieure du larynx, ou elle n'y correspond qu'en partie et d'une manière plus ou moins insuffisante, c'est-à-dire seulement à l'angle antérieur. Si peu que la muqueuse du larynx soit tuméfiée par suite de la maladie, cette communication, si elle existe, se réduira à de minimes proportions ou même fera totalement défaut.

En attendant on laisse la canule en place en comptant sur l'action du temps, mais l'état du larynx, soustrait au passage de l'air auquel il est destiné, ne se modifie pas et, abstraction faite de quelque circonstance fortuite ou accessoire, telle que le plus grand développement que prendront les parties, le petit malade conservera sa canule pendant toute sa vie.

Pour empêcher dans ce cas une sténose du larynx, qui a tendance à se produire, il est fort important qu'après la cessation des accidents, le passage de l'air, quoiqu'insuffisant, soit aussitôt rétabli, car sans cela, le jeu des muscles s'effectue d'une manière viciée, ou même ne se produit pas. Il manque aussi cette action sur la résorption, qui, par les contractions des muscles, a une action si efficace sur les tissus muqueux, avec lesquels les muscles sont en rapport.

En outre, il manquera cette action de massage, que l'air exerce de lui-même, d'une manière toute particulière, sur les parties tuméfiées et l'hypérémie *ex vacuo* augmentera. Nous nous trouverons ainsi dans un cercle vicieux et les altérations anatomo-pathologiques ne tarderont pas, si cet état se prolonge, à devenir permanentes.

A la suite de mensurations relevées sur quelques enfants trachéotomisés, âgés de quatre à sept ans, après avoir ôté la canule, nous avons constaté, entre l'ouverture inférieure du larynx et la surface cutanée, une distance moyenne de huit à dix millimètres. Cet espace se réduit évidemment beaucoup lorsque la canule est appliquée, à cause de la compression que la

plaque de la canule exerce sur la peau et sur les parties molles qui se trouvent au-dessous.

Or, dans les canules qui sont ordinairement en vente dans le commerce, la distance entre la surface postérieure de la plaque et l'extrémité antérieure de la fenêtre n'est pas inférieure à 16 ou 17 millimètres. Comme l'ouverture inférieure du larynx chez les enfants présente un diamètre de 5 à 6 millimètres, on comprendra qu'aucune partie, même postérieure, ne peut correspondre avec la fenêtre de la canule et que ce fait doit être facilement vérifié chez les adultes. La fenêtre de la canule se trouvera donc en face non pas de l'ouverture inférieure du larynx, mais de la paroi postérieure de la trachée, comme on peut aisément le constater aussi pour l'adulte, sur une trachée détachée du cadavre.

Cependant, si la respiration se produit quand même, c'est que l'air pénètre dans le larynx, en pressant sur la paroi postéro-supérieure de la canule et déplace celle-ci légèrement en avant, en s'insinuant entre la susdite paroi et la paroi postérieure de la trachée, jusqu'à ce qu'il retrouve la fenêtre où il il entre enfin, si, toutefois, il ne poursuit pas sa route entre les parois de la trachée et de la canule. A ce propos, nous avons quelquefois remarqué que la canule était entièrement obstruée, non à son ouverture extérieure, mais dans les parties les plus basses et que la respiration s'effectuait, quoique avec difficulté. En ce cas, la respiration ne pouvait se maintenir que pour cette portion d'air, qui réussissait à se frayer un passage entre la canule et les parois de la trachée, indépendamment de la fenêtre, qui ainsi ne servait à rien.

Il va donc sans dire que lorsque les circonstances sont défavorables par le volume excessif de la canule, qui lui empêche de s'écarter des parois de la trachée, la respiration ne peut s'effectuer si la canule est obstruée et si la fenêtre est située comme nous venons de le dire. Ainsi, une parésie plus ou moins prononcée de plusieurs muscles du larynx ou une turgescence, même modérée, de la muqueuse qui les recouvre, pourront mettre obstacle à l'entrée dans le larynx d'une colonne d'air, suffisante pour produire le déplacement. (La *fig.* 1 représente une canule avec fenêtre semblable, modifiée suivant nos

indications (¹). Les figures jointes à ce travail, dessinées d'après nature, sont dues à l'obligeance de notre collègue, M. le Dr Riccardo Avanzi).

La sténose du larynx dans son cours ultérieur est favorisée aussi probablement par une canule d'un diamètre trop élevé, car au moment de l'inspiration, lorsque l'ouverture extérieure de la canule est obstruée, la disproportion entre la capacité de la trachée et la quantité d'air qui peut y entrer d'un côté et celle qui est forcée de rester dehors de l'autre, devient toujours plus grande. Il est évident que cette dernière portion d'air exercera une pression du haut en bas, et du dehors au dedans sur le larynx, en rendant ainsi plus sensible le rétrécissement.

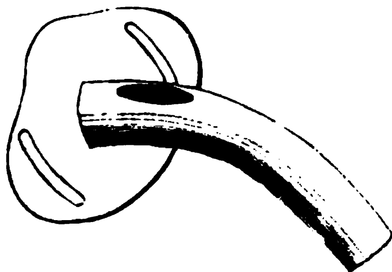


Fig. 1.

La courbe, c'est-à-dire l'angle formé par la partie supérieure sur la partie inférieure de la canule, pourra, si elle est trop accentuée, influer défavorablement sur la réintégration du passage de l'air par les voies naturelles, car en ce cas la trachée est poussée trop en arrière, de sorte que sa direction, normalement rectiligne sur le larynx, en est fortement altérée et, par conséquent, le passage de l'air du larynx dans la trachée devient plus ou moins difficile.

Quant aux différentes méthodes et aux procédés de traitement des rétrécissements du larynx, ainsi que nous l'avons dit dans une note préliminaire à ce sujet (²), lorsque la tra-

(¹) Chez Chiarotto, Carattoni et C. Vérone.

(²) *Gazzetta veneta di scienze mediche.* Tomo XXII. Venezia, Marzo, 1895.

chéotomie a été faite longtemps auparavant, surtout dans les rétrécissements cicatriciels, consécutifs à des ulcérations, des névroses, etc., ou à la suite d'angine diphthérique, nous avons recours à un moyen qui, quoique connu depuis fort longtemps pour le traitement des sténoses en général, est, à notre connaissance, tout-à-fait nouveau pour le larynx. Nous voulons parler de la laminaire en cylindres appliqués en permanence pendant un certain temps.

Maintes considérations conseillent d'écarter, dans certains cas, la méthode de Schrötter, dont on fait aujourd'hui un usage presque exclusif. Sans rien ôter au grand mérite et à la génialité de son inventeur et sans vouloir affirmer que cette méthode n'a pas répondu à l'attente, autant qu'on le croyait [1], il est incontestable que non-seulement elle est assez compliquée, mais qu'on ne peut l'employer sans une certaine tolérance et le consentement du malade, ce qui n'est pas toujours facile à obtenir, surtout lorsqu'il s'agit de petits enfants. Même par d'autres méthodes moins répandues telles que le dilatateur à vis de Schrötter, les canules munies de dilatateur bivalve, etc., les résultats ne paraissent pas tout-à-fait satisfaisants.

Si le procédé que nous a fait connaître tout récemment M. Schmiegelow [2] nous offre vraiment le moyen de faire face à une indication fort importante, car l'appareil, une fois en place, fonctionne comme une vraie férule du larynx, nous sommes toutefois d'avis qu'il présente le désavantage, commun à la canule de Dupuis, de permettre à la plaie trachéale de se fermer presque complètement pendant le traitement. Aussi nous trouverions-nous fort embarrassés s'il fallait, ainsi qu'il arrive souvent avec ce genre de malades, appliquer d'urgence une canule trachéale ordinaire.

Les cylindres de laminaire agissent dans tous les sens, avec une pression augmentant d'une manière uniforme sur la surface avec laquelle ils se trouvent en contact. Sans exclure toute réaction, cette dernière, en tous cas, sera toujours

(1) SCHMIEGELOW. — *Revue de laryng., d'otol. et de rhinol.* N° 20, 1894.
(2) Loc. cit.

moindre que celle qui peut être provoquée par des instruments métalliques et rigides, tels que les cylindres et les tubes d'ébonite de Schrötter, les dilatateurs appliqués aux canules, l'appareil de Schmiegelow, que nous venons de citer, etc., soit par la manière brutale, (non graduée), avec laquelle quelques-uns d'eux doivent agir, soit par leur rigidité. Aussi me semble-t-il que ces instruments rigides doivent provoquer des abrasions, des ulcérations ou des décubitus superficiels, qui exercent une mauvaise influence sur la maladie. Il est certain que tout contact d'un corps étranger avec des tissus vivants causera une réaction, qui sera nécessairement accompagnée de prolifération du tissu conjonctif, c'est-à-dire, dans notre cas, d'une augmentation de la sténose. Il est donc de la plus grande importance que ce contact soit le moins irritant possible. Surtout par la méthode de Schrötter, soit avec les cylindres en étain, soit avec les canules en ébonite, on est fréquemment dans l'impossibilité d'éviter pendant l'application des chocs et des contusions des aryténoïdes et des cordes vocales supérieures, particulièrement lorsqu'on arrive à des diamètres un peu considérables ou que l'on a affaire à une épiglotte longue et pendante, qui rend plus difficile l'entrée dans le larynx.

Un fait que l'on observe souvent dans les sténoses du larynx, c'est la concomitance au point rétréci, ou dans ses environs, d'une production plus ou moins abondante de tissu conjonctif, représentée soit par une hypertrophie des cordes vocales, ou des parties situées au-dessous (laryngite hypoglottique), soit par des masses de granulation plus ou moins considérables et à un stade plus ou moins avancé d'organisation. Il nous paraît évident que, contre cet état de choses, on ne pourra intervenir efficacement que de deux manières, c'est-à-dire en extirpant le tissu de nouvelle formation ou en provoquant sa disparition. Si nous prenons le dernier parti, nous ne pourrons pas espérer recueillir d'heureux résultats des procédés de dilatation ayant une action momentanée ou plus ou moins rapide, comme le passage des bougies répété tous les jours, méthode qui est d'une si grande utilité lorsqu'il s'agit exclusivement ou presque exclusivement de rendre de l'élasticité aux tissus.

Dans le traitement des sténoses du larynx, il est nécessaire que l'action dilatatrice, sans être trop irritante, se produise chaque fois pendant un temps plus ou moins long, et même, si faire se peut, d'une manière active. Ainsi les masses de nouvelle formation, qui, dans les sténoses de cet organe, sont généralement en majorité sous une pression suffisamment prolongée et l'ischémie qui s'en suit, s'atrophient, se nécrosent, et finissent par se résorber et disparaître. Voilà pourquoi l'action dilatatrice ne devant pas être trop irritante, surtout pour l'application, les cylindres de laminaire paraissent préférables aux métalliques et aux autres instruments rigides, d'autant plus que, même dans les périodes avancées du traitement, on introduit toujours des cylindres de laminaire relativement minces et qui se dilatent d'eux-mêmes une fois en place.

Par conséquent nous sommes d'avis que dans les vraies sténoses, excepté lorsqu'il s'agit de vaincre quelque coarctation, de rompre quelque bride, quelque adhérence, il faut se servir avec prudence des instruments rigides et surtout des cylindres de Schrötter qui souvent ne remplissent pas leur but.

Il faut ajouter en ce qui concerne les bougies de Schrötter que le mandrin qui les traverse et qui doit être fixé en bas par la pince, empêche non-seulement le contact avec la paroi supérieure de la canule, mais encore qu'ils descendent au-delà d'un certain point. Donc, il pourra se faire que si la région rétrécie est un peu basse on n'exercera sur elle aucune action dilatatrice, mais qu'on la poussera seulement plus ou moins vers le bas en cul de sac.

Quant aux dilatateurs bivalves, qui s'appliquent, de bas en haut, après avoir placé la canule, nous ferons remarquer ce qui suit :

a) Leur introduction est souvent difficile et douloureuse, parfois impossible. En effet, elle doit se faire à l'aveugle, le long d'une ligne préétablie, sans prendre garde aux changements éventuels de direction, causés par la maladie ou le degré de la sténose.

b) Bien souvent après l'introduction du dilatateur, le malade est dans l'impossibilité de boire, car les liquides s'écoulent

de travers. Ceci prouve que la clôture hermétique du larynx est due, au moins en grande partie, au rapprochement des cordes vocales, qui ne peut avoir lieu lorsque le dilatateur est en place.

c) Les deux valves, comme il est facile de le constater au laryngoscope, sont ordinairement trop courtes, de sorte qu'on ne dilate que la portion la plus basse du conduit sténosé et le traitement demeure quelquefois inefficace. Il est inutile de penser à allonger les valves ; en effet, si leur longueur dépasse une certaine limite on ne peut plus les placer, car ces dimensions excessives empêchent le mouvement de rotation d'avant en arrière et de bas en haut, qu'elles doivent accomplir pour arriver au larynx par l'ouverture de la canule trachéale.

d) La pression de ces valves rigides contre l'intérieur du larynx nous paraît justifier la crainte que leur usage ne produise des abrasions ou même des plaies à décubitus, se terminant par des sténoses encore plus graves que celles qu'on a soignées.

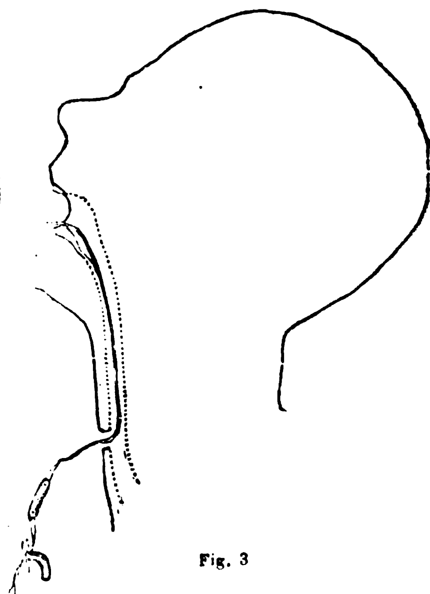
e) L'action des valves s'exerce à des endroits déterminés, dans de certaines limites, et non sur la totalité du larynx, de sorte qu'il peut se faire que les endroits soumis à la plus grande pression ne soient pas ceux qui en aient le plus besoin.

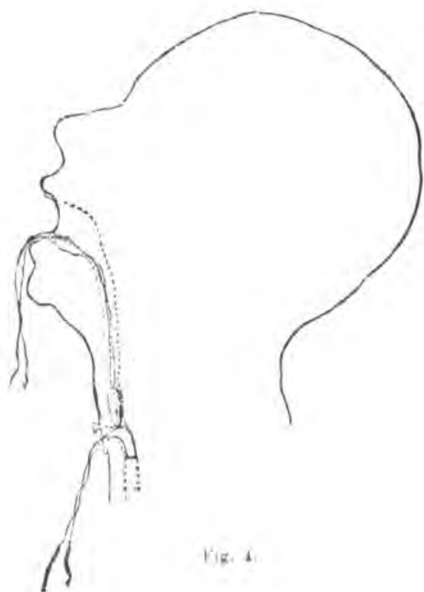
Nos cylindres de laminaire gradués par séries de dix, suivant leur grosseur [1], longs de deux à trois centimètres, ne s'introduisent pas de haut en bas, comme les cylindres métalliques de Schrötter, mais de bas en haut. Leur application n'exige aucun appareil spécial, pas même le laryngoscope, de sorte qu'au besoin, tout praticien, en quelque lieu qu'il se trouve, peut s'en servir.

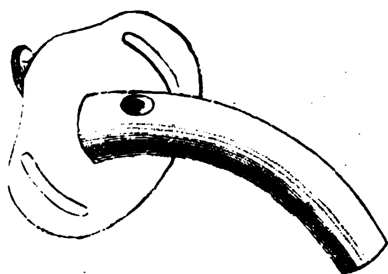
Voici comment nous procédons pour l'application : en passant par l'ouverture trachéale, nous introduisons par le dessous une bougie anglaise de petit calibre, que nous faisons sortir par la bouche (*fig.* 2). Au bout de la bougie nous lions un fil, puis nous la retirons en tenant une des deux extrémités du fil en dehors de la bouche, tandis que l'autre sort par l'ouverture trachéale. Nous fixons à cette extrémité infé-

[1] Chez Chiarotto, Carattoni et C. Vérone.


Fig. 2.


Fig. 3


Fig. 4.


Fig. 5.

rieure, un autre fil très solide auquel le cylindre de laminaire est attaché par son extrémité supérieure. Par l'extrémité inférieure du cylindre passe un autre fil, qui doit être introduit dans un trou pratiqué au fond d'une dépression de la paroi supérieure de la canule construite selon nos indications. (*fig.* 5).

Cela fait, nous tirons en haut le cylindre, dans le larynx (*fig.* 3), ce qui est très facile, nous plaçons la canule et nous tirons enfin le fil inférieur hors de l'ouverture de celle-ci, en le fixant au cou par un morceau de cérat, après l'avoir tourné deux ou trois fois autour d'un petit bouton situé à la partie supérieure du pavillon de la canule. Ainsi nous sommes certains d'immobiliser le cylindre de laminaire et d'empêcher qu'il ne se déplace en haut.

Pour reconnattre si le fil inférieur est tiré convenablement, de façon à ce que l'extrémité inférieure du cylindre de laminaire se trouve en contact avec la paroi supérieure de la canule et, si c'est possible, engagée dans le creux qui y existe, nous nous aidons soit par un signe noir pratiqué préalablement sur le fil, soit par le laryngoscope, ou par le doigt, qui poussera aussi en bas le cylindre, si par hasard il était remonté un peu trop. Quand on veut ôter l'appareil on coupe le fil inférieur et on tire en haut le fil supérieur, qui lui aussi est fixé par un morceau de cérat au cou ou à la joue. Il est évident qu'en raison du volume qu'atteint le cylindre en quelques heures son extraction ne peut s'effectuer que par le haut, quoique son introduction ait lieu par le dessous, de même qu'il n'est pas nécessaire que le fil inférieur, qui ne sert qu'à maintenir le cylindre, soit aussi solide que le supérieur.

On pourrait aussi, dans l'application, attacher le cylindre de laminaire au bout du fil sortant par la bouche, puis tirer en bas l'autre bout sortant par la plaie trachéale, reproduisant ainsi exactement le procédé de Belloc pour introduire un tampon dans l'espace naso-pharyngien. Nous avons trouvé plus opportun de nous en tenir au procédé que nous venons de décrire, car il nous permet de suivre et de mieux surveiller le cylindre de laminaire à son entrée dans le larynx.

Pour le moment nous pouvons dire que les malades tolèrent fort bien la dilatation par cette méthode, qui doit être très

efficace lorsque les circonstances sont favorables, car le cylindre atteint en très peu de temps un triple ou quadruple volume, et les parties ne subissent aucune irritation. Quoique, peut-être, préférable au point de vue chirurgicalement esthétique, nous ne nous sommes pas arrêtés à l'idée de recourir à des canules rigides revêtues de laminaire ou d'éponge préparée pour être introduites de bas en haut après avoir appliqué la canule trachéale. A part que leur utilité aurait été négative, vu qu'il faut toujours retirer l'appareil dilatateur au bout de quelques heures, nous y avons renoncé pour éviter plusieurs inconvénients et surtout à cause de la difficulté que l'on aurait rencontrée pour se frayer un passage dans un larynx sténosé et avoir toujours à notre disposition des dilatateurs de dimensions nécessaires, ce qui est facile avec les cylindres de laminaire.

Dans les intervalles, entre les différentes applications des cylindres de laminaire pour maintenir la dilatation, nous introduisons dans le larynx, par le même système, un tube de gomme molle, qui peut rester en place deux ou trois jours, et même davantage, c'est-à-dire jusqu'au moment de l'introduction d'un nouveau cylindre de laminaire. Le tube de gomme permet aussi de tenir la canule fermée, ce qui est fort important pour habituer surtout les enfants à respirer de nouveau par les voies naturelles ; dans ce but, il faut cependant se servir de la canule en gomme vulcanisée.

Il y a des canules métalliques (canules de Wegner), que l'on peut introduire de bas en haut par une fenêtre pratiquée dans la paroi supérieure de la canule trachéale, qui permettent aussi de tenir la trachée fermée. A ce sujet nous répéterons ce que nous avons dit pour les dilatateurs bivalves, abstraction faite en ce cas de la difficulté d'avoir chaque fois à notre disposition la canule de dimensions nécessaires.

Dans la canule d'ébonite, la plaque à laquelle on attache les cordons, comme nous le voyons dans les canules ordinaires, surtout en gomme vulcanisée, est légèrement mobile sur le reste de l'appareil. Cette mobilité sert évidemment à rendre la trachée un peu indépendante dans les différents mouvements de rotation et de flexion du cou. Au contraire, les canules

servant à l'application des cylindres de laminaire, qui d'ailleurs ne sont destinés à rester en place que quelques heures, sont d'un seul morceau, ce qui contribue à leur plus grande stabilité.

Elles sont en métal. Toutefois, on peut les faire également en caoutchouc vulcanisé et, si on veut, on peut aussi les munir de contre-canule, ce qui, toutefois, est inutile, car elles ne doivent rester en place, ainsi que nous venons de le dire, que quelques heures.

Quant au traitement de la sténose, il va sans dire que, comme par d'autres méthodes, il sera utilement secondé par l'extirpation des masses de granulations végétantes situées autour de la sténose, extirpation qui, parfois, réussit mieux par la voie de la plaie trachéale que par celle de la bouche.

En résumé :

La dilatation du larynx par les cylindres de laminaire est, au moins dans certains cas, préférable à celle par les cylindres métalliques et les instruments rigides en général. Avec notre procédé d'introduction des cylindres dilatateurs, nous pouvons atteindre une délicatesse d'application bien plus grande que par toute autre méthode délicate répondant parfaitement à l'organe que nous devons soigner. Par le même procédé on pourra encore, si les circonstances l'indiquent, introduire par dessous dans le larynx des cylindres métalliques soit pleins, soit creux.

Avec les cylindres de laminaire appliqués suivant notre procédé, tout en évitant plus aisément les contusions et d'autres traumatismes et les difficultés que pourrait opposer une épiglotte trop longue ou trop pendante, nous arrivons en peu de temps à un degré de dilatation qui dépasse de beaucoup ce que nous pourrions obtenir par n'importe quel autre moyen.

La dilatation produite par les cylindres de laminaire est telle que si, par eux, on n'obtient pas la guérison, il est certain que la sténose ne dépend pas d'une simple rétraction fibreuse ou de la production d'un tissu conjonctif plus ou moins organisé,

mais d'une véritable insuffisance des parties cartilagineuses et que, par conséquent, toute autre méthode demeurerait inefficace, bien qu'en cas d'insuccès nous devions recourir à tous les moyens dont nous disposons. A ce sujet le dilatateur à trois branches de Schrötter, qui s'introduit par en bas à travers la plaie, nous semble particulièrement digne d'être recommandé.

Avant de finir nous ferons remarquer que les cylindres de laminaire appliqués suivant notre procédé, pourront être utilisés aussi dans les sténoses consécutives aux adhérences du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx. Entre autres avantages ils seront exempts de l'inconvénient que présentent les tubes de caoutchouc, dont on fait un si grand usage dans cette anomalie et qui n'agissent que dans le sens antéro-postérieur.

III

UN CAS D'ANGINE DE LUDWIG

Par **M. RIPAULT**, Interne à l'hôpital Lariboisière.

M. Ed. 54 ans, d'un tempérament très robuste, entre le 27 novembre 1894 dans le service du Docteur Gouguenheim.

Depuis deux semaines déjà, il accusait de violents maux de dents ; la première molaire inférieure gauche atteinte de carie au quatrième degré nous a paru en avoir été l'origine.

Le malade raconte que le 25 novembre au soir, il a été pris, à la suite de refroidissement, d'un frisson violent, bientôt suivi d'une douleur marquée dans la région maxillaire inférieure gauche, dès le lendemain : trismus et dysphagie.

A l'examen, on constate une tuméfaction *dure*, très sensible au palper, occupant la région sous-maxillaire ; la peau a sa coloration normale ; par la bouche, en dedans du maxillaire, bourrelet saillant, œdémateux, dépassant la médiane vers le côté droit ; le sillon gingivo-labial est normal, la pression sur l'os est indolore, la langue présente une tuméfaction manifeste ; les mâchoires offrent une constriction marquée, la déglutition n'est possible que pour les liquides pris par petite quantité.

Disons enfin que l'examen de la gorge, difficile à faire, est négatif ; celui du larynx impossible.

Température = 39°, 4 ; pouls fréquent.

Le lendemain, 28, la fièvre s'est modifiée.

L'empâtement a gagné par en bas jusqu'au niveau du bord supérieur du thyroïde ; la peau a rougi, mais sans œdème, ni point ramolli ; le bourrelet sublingual est très développé, sa consistance nettement fluctuante ; la langue, énorme, porte l'empreinte profonde des dents et est immobile.

L'état général s'est un peu aggravé.

Comme nous avions eu l'occasion de guérir rapidement par une double incision intra-buccale un phlegmon sublingual au mois de février dernier, déjà dans le service de notre maître

le Docteur Gouguenheim, et que, d'autre part, la fluctuation rétro-maxillaire était manifeste, nous pratiquons l'incision buccale suivie de débridement avec la sonde cannelée, et évacuons deux à trois cuillerées d'un pus extrêmement fétide ; drain ; lavages répétés.

Le même jour, à deux heures de l'après-midi, nous sommes appelé en toute hâte près du malade, pris d'une dyspnée paroxystique des plus violentes, ayant débuté une heure avant tout au plus.

En l'espace de cinq heures à peine, l'empâtement s'est étendu au point d'être symétrique ; en bas il masque complètement au doigt la saillie du cricoïde ; œdème des plus accentués jusqu'à la fourchette sternale ; trismus à peu près absolu.

En présence d'une asphyxie imminente et à marche si rapide, la trachéotomie est aussitôt faite.

Elle présenta cette particularité que la section de la trachée de consistance calcaire fut faite, non sans difficulté, à l'aide du bistouri boutonné.

Sur la demande expresse du malade, l'ouverture du foyer fut remise au lendemain.

Elle fut pratiquée sur la ligne médiane par incision antéro-postérieure allant un peu au-dessous de la symphyse mentonnière à l'os hyoïde, et débridement profond à la sonde cannelée ; il s'écoula en assez grande abondance un pus bien lié et très fétide ; la poche anfractueuse et assez étendue à gauche et à droite fut lavée à la solution chloralée.

A la suite de cette intervention, la température descendit de 2° environ, tout en restant supérieure à 38° ; le trismus persista, et avec lui la dysphagie ; écoulement purulent assez abondant par le drain.

Dans la nuit du 2 au 3 décembre, le malade fut pris d'une vomique, et rejeta un pus infect et sanguinolent ; alors seulement la température s'abaissa à la normale, la dysphagie s'apaisa ; au bout d'une semaine environ plus d'expectoration purulente ; le trismus ne diminua que d'une façon relative ; cependant, la suppuration se tarit peu à peu, et, le 20 décembre, le drain put être retiré ; la canule avait été retirée 4 jours après la trachéotomie.

Le malade s'apprêtait à partir à Vincennes quand, le 25, il nous accusa de la douleur sous-mentonnière, et nous constatâmes en même temps qu'il s'était reproduit de l'empâtement avec œdème et rougeur de la peau.

En débridant la cicatrice, nous donnâmes issue à une petite quantité de pus ; une sonde cannelée pouvait être introduite assez profondément ; l'injection dans le foyer ressortait par la bouche, et, à l'aide du laryngoscope, nous pûmes constater la sortie du liquide par un petit orifice répondant à la partie latérale gauche du sillon glosso-épiglottique.

Le malade fut soigneusement lavé et pansé chaque jour ; actuellement, 19 janvier, l'écoulement intra-buccal paraît tari ; mais il existe encore de la suppuration par l'orifice cutané ; la pression sur le maxillaire inférieur n'est douloureuse en aucun point, il ne nous a pas été donné de constater le moindre séquestre expliquant la persistance de l'écoulement.

De cette observation nous tirerons les conclusions suivantes :

1° La marche des accidents a présenté une rapidité extrême à un moment donné ; l'infiltration des parties molles a presque doublé en l'espace de quelques heures ; l'allure de la dyspnée presque foudroyante nécessitant, en un très court délai, la nécessité d'ouvrir une trachée *calcaire*.

2° Tandis que, dans la plupart des observations, la langue n'a qu'un volume modéré, dans la nôtre elle était énorme comme dans une glossite parenchymateuse ; et les dents y avaient laissé une très profonde empreinte sur tout le pourtour de l'organe.

3° Le trismus cède d'ordinaire assez vite après l'évacuation du foyer ; ici il a persisté intense pendant plusieurs semaines ; et actuellement (7 semaines après le début des accidents) il dure encore d'une façon évidente et gênante pour le malade.

4° L'ouverture intra-buccale spontanée, après évacuation large du foyer cependant par la voie cutanée nous semble intéressante à mettre en relief ; cette coïncidence est bien exceptionnelle ; il faut admettre une deuxième collection, isolée de la première par un cloisonnement quelconque, très profonde, et de laquelle relevait la dysphagie.

La laryngoscopie a permis de trouver l'ouverture interne du foyer, et c'est à ce trajet fistuleux que doit vraisemblablement être rapportée la persistance peu ordinaire de l'affection, par réinfection continuelle du foyer.

Rien ne nous autorise à penser à quelque altération osseuse sous-jacente expliquant la longue durée de la suppuration.

5° Dans un cas de foyer bien limité, à marche non envahissante du côté de la région cervicale, mais proéminant du côté de la région sublinguale, on peut être autorisé à ouvrir par la bouche, quitte plus tard à établir une contre ouverture sous-maxillaire ; ce mode opératoire, si nous nous en rapportons au cas suivi par nous, et où le diagnootic d'angine de Ludwig avait été posé par tous, ne nous paraît donc pas condamnable d'une façon aussi absolue que l'enseignent les auteurs classiques ; elle reste seulement réservée à quelques cas exceptionnels et franchement sublingaux.

IV

EMPYÈME DU SINUS MAXILLAIRE CHEZ UN ENFANT DE TROIS SEMAINES

Par **M. RUDAUX**, Interne provisoire des hôpitaux.

(Service de M. le Dr Brun, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades).

Le sinus maxillaire existe à la naissance sous forme d'un diverticule étroit qui s'étend latéralement jusqu'au dessous du canal orbitaire. Pendant longtemps, il demeure à l'état de fente virtuelle, car, même après la sortie des dents de lait, il a peu de place pour se développer, étant gêné par la présence de dents permanentes encore incluses dans le bord alvéolaire. Mais, dès l'issue des molaires permanentes, il s'accroît rapidement, et atteint bientôt ses proportions définitives.

Les auteurs classiques admettent que la suppuration du sinus maxillaire ne commence à se montrer qu'à partir de sept ans, et que sa fréquence ne s'établit qu'à la puberté. Aussi, l'observation suivante constitue-t-elle un fait des plus exceptionnels : car il s'agit d'une suppuration du sinus maxillaire d'origine dentaire, chez un nouveau-né, due à l'éruption prématurée d'une dent au niveau de la fosse canine.

Le 25 août 1894, on amène salle Bilgrain un bébé, Noémie L... âgée de 2 mois 1/2.

Née à terme cette enfant est élevée au sein par sa mère.

Trois semaines après la naissance la mère s'aperçoit que les paupières gauches sont rouges et œdématiées, aussi la porte-t-elle à l'hôpital Lariboisière où elle fut examinée par M. Frey, interne du service, qui a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants. L'œil ne présente aucune lésion mais il existe du muguet sur les muqueuses gingivale et buccale, en

même temps, on constate au niveau de la fosse canine une dent en éruption prématurée.

Par suite de son implantation sur la face externe du rebord alvéolaire, cette dent se dirigeait obliquement en dehors vers la commissure labiale, elle était très mobile, rattachée seulement à la gencive par quelques fibres ligamenteuses. Cette dent était constituée par un chapeau de dentine contenant la pulpe. L'état d'infection dans lequel se trouvait la bouche de l'enfant ne tarda pas à déterminer secondairement au même niveau une fluxion phlegmoneuse. Quelques jours plus tard, en appuyant sur la région sous-orbitaire, on fit soudre du pus par la narine gauche, à partir de ce moment la suppuration nasale fut continuelle et très abondante. Cinq jours après le pus se fraya un autre passage au dessous de la paupière inférieure. En même temps apparut un abcès en arrière de l'oreille gauche, mais la guérison en fut très rapide. M. Frey juge à propos d'enlever la dent qui avait été le point de départ de la suppuration du sinus maxillaire.

Le 25 août 1884 l'enfant est présenté à M. Brun.

On constate une augmentation de volume de la joue gauche qui paraît indurée à la palpation, et l'issue de liquide purulent, verdâtre, fétide, par la narine du même côté et par la fistule sous orbitaire. Celle-ci est très petite et se trouve en partie cachée dans le sillon orbito-palpétral inférieur très accentué par les dimensions prises par la joue et par l'œdème permanent de la paupière. De l'eau boriquée injectée dans cette fistule sort par la narine. Avec un stylet on constate que le trajet fistuleux se dirige de haut en bas et de dehors en dedans dans la direction de la narine, et on remarque des dégâts assez considérables du côté du maxillaire supérieur dont plusieurs points sont dénudés et rugueux.

Cet examen fait intervenir le jour même. Une petite curette est introduite par la fistule agrandie dans le sinus maxillaire d'où on retire quelques petits séquestres osseux et une dent mobile sur la paroi inférieure de cette cavité ; celle-ci paraît être une petite molaire. Le trajet fistuleux est curetté et draîné avec de la gaze iodoformée.

Le pansement est fait tous les deux jours ; chaque fois on injecte de la glycérine iodoformée par la fistule qui se rétrécit peu à peu, et on ordonne à la mère de faire de fréquentes injections nasales avec de l'eau boriquée.

Vers le milieu de septembre, la suppuration nasale s'arrête

pendant quelques jours pour se reproduire peu de temps après, le même phénomène se répète plusieurs fois de suite.

Aussi le 9 octobre juge-t-on nécessaire une intervention plus radicale.

On fait deux incisions à angle droit, une horizontale dans le sillon orbito-palpébral, une verticale dans le sillon naso-génien, le lambeau est rabattu en bas et en dehors. On pénètre dans le sinus maxillaire en reséquant une petite portion de l'os, on établit une large communication entre le sinus et la fosse nasale correspondante, les parois sont curettées, et la cavité est bourrée de gaze iodoformée.

Les lambeaux se recollent très vite, il ne persiste qu'une petite fistule qui est complètement oblitérée à la fin de décembre.

Actuellement (mars 1895) il n'existe plus qu'un léger écoulement séro-purulent par la narine, la joue gauche présente un volume un peu plus considérable que la droite, les deux cicatrices sont cachées presque complètement dans les sillons orbito-palpébral et naso-génien et l'état général de cette fillette est excellent.

V

PRÉSENTATION D'UNE MALADE, GUÉRIE D'UN SYPHILOME ÉNORME DE LA PAROI LATÉRALE DROITE DE LA GORGE ET DU COU

Par le Dr **RUTTEN** (de Namur) (1).

A la dernière réunion de la Société des chirurgiens allemands, le 12 avril 1895, Esmarch de Kiel s'exprimait à peu près en ces termes :

« Le sarcome est en certains cas difficile à diagnostiquer.

Certaines maladies, la syphilis notamment, peuvent déterminer des tumeurs sarcomateuses que guérit le traitement antisyphilitique.

Mais, en raison des erreurs fréquentes de diagnostic, les malades sont opérés et succombent aux progrès de l'affection. Le diagnostic précoce est donc important. L'orateur, depuis dix-huit ans, a rapporté une série de cas de ce genre et le moment de la discussion est arrivé aujourd'hui. Il a recueilli dans la science 50 cas de tumeurs traitées pour des néoplasmes malins qui ont été reconnus plus tard pour des syphilomes. La guéson de plusieurs cas, soi-disant sarcomateux avec récidives après opération, fut obtenue par l'iodure de potassium à haute dose.

On ne saurait être trop prudent même à l'examen histologique.

Les cellules embryonnaires, imitant par leur accumulation

(1) Communication à la Réunion des Oto Laryngologistes belges, Bruxelles, 16 juin 1895.

un sarcome, peuvent, en effet, être produites par tout processus inflammatoire vulgaire.

L'actinomycose, notamment, produit des tumeurs d'aspect sarcomateux. »

La lecture de cet article m'a engagé à vous présenter une dame que j'ai guérie, il y a deux ans, d'un syphilome monstre qui a été confondu avec un néoplasme malin par un grand nombre de médecins. Ce cas, dont la place est tout indiquée dans la série recueillie par Esmarch, nous intéresse plus spécialement puisque l'excroissance a commencé par l'amygdale pour envahir après la région rétro-maxillaire. La gomme une fois arrivée dans cette partie du corps, a augmenté de volume dans une proportion alarmante. La cicatrice du cou, longue de 15 centimètres, vous en donne une idée approximative.

OBSERVATION. — Mme R., originaire de Jumet-Charleroi, est âgée de 61 ans. Avant cette maladie elle n'a jamais souffert de la gorge, ne se souvient pas d'avoir eu des maux de tête ni d'éruption cutanée.

Elle est mariée à un homme âgé de 63 ans, bien portant et qui n'a jamais eu d'autre maladie qu'une éruption cutanée que la malade appelle la « gale des cheveux » et qui, probablement, n'était qu'une roséole syphilitique.

Leurs enfants, au nombre de cinq : trois garçons et deux filles, dont le plus jeune a 21 ans, jouissent tous d'une bonne santé.

La malade dit ne jamais avoir fait de fausses couches et ne présente aucun signe pouvant faire soupçonner une affection spécifique antérieure. Pas de ganglions cervicaux.

Il y a quatre ans, Mme R. a senti se développer dans la paroi latérale droite du pharynx, un corps arrondi, lisse, dur comme un caillou ; elle n'éprouvait d'abord aucune difficulté pour avaler et, à part quelques douleurs sourdes dans la moitié droite de la tête, elle ne ressentait aucune gêne au début de l'affection.

Quelques mois après, la tumeur s'est montrée à l'extérieur sous l'angle de la mâchoire et a pris rapidement un développement énorme.

Les médecins qu'elle a consultés, ont retiré un fragment de l'excroissance de la gorge afin d'en faire l'examen microscopique

et ont ensuite engagé la malade à aller consulter les célébrités de Bruxelles.

Elle alla consulter à l'hôpital St-Jean et accepta immédiatement l'opération radicale qu'on lui proposa. Après avoir passé une douzaine de jours dans le service de chirurgie, salle 13, lit 6, elle fut renvoyée sans être opérée dans le service de médecine. Là, le traitement consista en une application de pommade à l'extérieur et une insufflation de poudre blanche à l'intérieur de la gorge. Elle dit ne pas avoir suivi de traitement interne.

Elle quitta l'hôpital au bout de huit jours pour un fait qui mérite d'être relaté puisqu'il nous éclaire sur le pronostic émis. Un jour, l'aide chargé du traitement, probablement peu convaincu de l'efficacité des insufflations dans la gorge, dirige le jet à côté de la bouche. La dame, lui fit remarquer son erreur, mais il lui est répondu « autant là qu'ailleurs. »

Naturellement, la malade quitte l'hôpital St Jean et retourne chez elle où elle trouve un chirurgien qui se charge de lui enlever la tumeur de la région carotidienne.

Je n'ai pu obtenir du confrère aucun renseignement, mais la cicatrice oblique, longue de 14 centimètres, s'étendant de la mastoïde jusqu'à la clavicule, la durée de l'opération (2 heures), les grandes masses de chair enlevées — elles remplissaient une grande assiette, — vous donnent une idée de la grosseur du néoplasme. L'opérée a guéri en quelques jours.

L'excroissance dans la gorge, qu'on a laissée intacte, a continué à se développer et au moment où elle entrave complètement la déglutition des substances solides, Mme R. se décide à venir me consulter.

A l'examen de la gorge, je vois à la place de l'amygdale droite et sur la paroi latérale correspondante, une tumeur ressemblant à une énorme crête de coq. Elle était d'un rouge vineux et bosselée. Au toucher, la tumeur était dure, lisse, immobile et nullement douloureuse. Elle remplissait les trois quarts de la gorge, et descendait trop bas pour en toucher l'extrémité avec le doigt. L'étroitesse de la gorge, d'ailleurs, était telle qu'on avait de la peine à y introduire le doigt. La voix était claire et le nez libre. La malade avalait les liquides, mais depuis quelques jours elle était dans l'impossibilité d'ingurgiter les aliments solides.

A l'état général, maigreur très prononcée de tout le corps, teint cachectique, douleurs lancinantes dans l'oreille droite

qu'elle a d'ailleurs ressenties pendant toute la durée de sa maladie.

Rien d'anormal du côté de cet organe. A un examen plus minutieux de la gorge, je vis que le voile du palais qui était caché en grande partie par la tumeur, avait son bord rongé et présentait des ulcérations à pic très caractéristiques. Ceci, joint à la belle cicatrisation du cou, ne me laissa plus de doute sur la nature du processus et dès cette visite je promis à ma cliente une guérison complète que j'obtins en six semaines par l'iodure de potassium (6 grammes par jour) et des applications répétées d'une solution concentrée de sublimé corrosif sur la tumeur.

Au bout de quelques jours de ce traitement, une dépression d'aspect blanc grisâtre se fit vers le milieu de l'excroissance. La tumeur commença à diminuer manifestement et de convexe qu'elle était, elle devint concave. A ce moment, on constate à la place de l'excroissance une excavation profonde et anormale.

La malade est guérie depuis 18 mois. Son état général n'a jamais été meilleur. Elle a retrouvé ses forces et engraisse d'une façon appréciable. Elle a repris ses occupations journalières et ne se plaint plus de rien.

Il n'y a aucun doute que si la tumeur du cou n'avait pas été opérée, elle aurait cédé au traitement antisyphilitique comme celle de la gorge. Elles ne formaient d'ailleurs qu'une seule et même tumeur. La forte dépression de la paroi latérale droite du pharynx en est encore une preuve évidente.

VI

SUR UN CAS DE RHINOLITHE

Par le Prof. **G. GRADENIGO** (de Turin) (1).

Les calculs du nez sont assez rares pour justifier la publication de tout cas nouveau.

Il s'agit d'une femme âgée d'environ 30 ans, souffrant depuis une dizaine d'années de douleurs de tête intenses, surtout dans la région frontale, qui ont résisté jusqu'alors à tous les modes de traitement. Dans ces derniers temps les douleurs augmentèrent, et se propagèrent du front aux oreilles et à l'occiput ; le nez ne présentait aucun symptôme subjectif particulier, à part une abondante sécrétion de la narine droite.

L'examen objectif révèle une obstruction complète de cette narine, causée par une masse de granulations provenant de la région moyenne du cornet inférieur et moyen, ainsi que de la portion correspondante de la cloison. A l'aide du spéculum mis au contact des granulations qui donnent aisément issue à du sang, on découvre la présence d'une masse pierreuse. La cocaïnisation ne fait gagner que peu d'espace pour la vue : on ne réussit, par un examen attentif, qu'à découvrir que le corps dur présente une surface convexe et qu'il est coloré en noir.

Au moyen des pinces on ne réussit à extraire qu'un fragment de substance dure, noirâtre, friable, mais on a aucune prise sur la masse principale et on doit bientôt renoncer à se servir de l'instrument, car on s'aperçoit que le corps étranger est repoussé plus en arrière par les pinces.

C'est seulement à la seconde séance et à l'aide de crochets boutonnés, introduits entre la masse et les parois nasales jusque

(1) Communication faite à l'Académie Royale de Médecine de Turin, le 12 juillet 1895.

derrière celle-ci, que l'on réussit par d'assez fortes tractions à mobiliser le corps étranger de la masse granuleuse dans laquelle il est renfermé et à l'extraire.

Depuis l'ablation, la malade ne ressent plus ni maux de tête ni écoulement purulent.

Le corps étranger semblait être un calcul. L'examen aimablement pratiqué par notre confrère le Prof. Carbone, lecteur à l'hôpital Mauricien de Turin, donna les résultats suivants.

Le calcul a une forme régulièrement conique ; sa base est convexe ; sa surface présente de légères aspérités. Il est formé d'un noyau central revêtu d'une mince écorce de couleur verdâtre ; aux endroits où celle-ci est déchirée, on aperçoit le noyau couleur de liège ; en sciant le calcul dans son axe principal, on constate qu'il est composé d'un noyau de cerise recouvert de sels inorganiques. Il mesure en millimètres 11-10-9 ; et pèse $0^{gr},645$. L'analyse qualitative de l'écorce nous a fait connaître qu'elle renfermait du carbone et du phosphate de magnésie avec des traces de fer.

On remarquera que la malade ne se souvient nullement à quelle occasion ce noyau de cerise peut avoir pénétré dans sa fosse nasale ; selon toute probabilité cette pénétration est survenue dans l'enfance ou dans la première jeunesse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Compte-rendu par le Dr J. E. Newcomb, secrétaire de la section.

Séance du 27 mars 1895.

Président : Dr D. Bryson Delavan.

1° J. S. Watermann. — **Un cas à diagnostiquer.** — Cette malade est une veuve âgée de 43 ans, née en France. Ses antécédents sont négatifs. Depuis la mort de son mari, survenue il y a un an environ, elle a eu à souffrir de nombreux tracas. Elle n'a pas eu d'enfants, mais a fait deux fausses couches. Sa santé a toujours été excellente jusqu'à sa maladie actuelle. Au mois de janvier dernier, elle a eu la grippe. Le 21 février, elle se présenta chez un médecin qui lui dit qu'elle avait un kyste de l'amygdale qu'il allait ouvrir ; après deux tentatives infructueuses il pratiqua une incision profonde suivie d'un fort jet de sang qu'il ne put arrêter. D'autres médecins furent appelés et, grâce à la compression digitale et à des cautérisations énergiques, l'hémorrhagie se tarit finalement, non toutefois sans que la malade fut presque complètement exsangue. Il y a environ quinze jours, elle vint à la consultation laryngologique du Roosevelt Hospital, et à l'examen on vit une tumeur de la loge amygdalienne droite qui persiste toujours. Elle a à peu près la dimension d'une noisette et dépasse la ligne médiane ; les pulsations sont très marquées, et il existe un notable frémissement externe à l'angle de la mâchoire. S'agit-il d'un anévrysme, et, s'il existe, de quelle artère provient-il ?

J. Wright. — J'ai vu cette malade la semaine dernière et j'incline

à croire que la tumeur a légèrement augmenté depuis. La tumeur semblait avoir un caractère anévrysmal, mais je ne m'aventurerai pas à émettre un diagnostic positif. Si l'on admet qu'il s'agit d'un anévrysme, sa situation indiquerait qu'il a son origine dans la carotide externe, probablement dans une branche anormale. J'ai observé deux cas dans lesquels une petite tumeur pulsatile de la paroi postérieure du pharynx semblait produite par le trajet anormal de l'artère pharyngée.

D. H. Goodwillie. — Bien que je ne veuille pas exprimer une opinion ferme, j'incline à croire que cette tumeur est un anévrysme, provenant d'une des branches de la carotide externe. J'ai vu plusieurs cas d'anévrysme provenant des branches dentaires supérieure et inférieure. Dans un de ces derniers cas, l'hémorrhagie fut très violente et persista après la ligature de la carotide externe et même de la carotide primitive.

F. J. Quinlan. — Ce cas me remémore un kyste de l'amygdale que j'observai il y a deux ou trois ans. Il était accompagné d'une pulsation distincte que repoussait la tumeur. Le kyste fut vidé, mais il se remplit de nouveau en cinq ou six semaines. Je considère comme une chose très risquée d'inciser des tumeurs de cette nature, sans se rendre compte exactement de leurs rapports avec les vaisseaux voisins. Toutefois, ce cas mérite l'attention immédiate, car il deviendrait grave pour la malade au cas où une intervention opératoire s'imposerait.

Wright. — La malade affirme positivement qu'elle n'avait pas cette tumeur dans la gorge avant d'avoir subi l'opération.

Delavan. — Il est possible que l'opérateur ait eu affaire à une tumeur d'un autre aspect que celui que nous voyons maintenant. A cette époque, peut-être la tumeur était-elle peu ou nullement pulsatile. En cette saison de l'année, l'amygdalite règne et la malade peut avoir présenté une tuméfaction apparente de l'amygdale que le médecin cautérisa, ainsi que cela arrive fréquemment.

W. K. Simpson. — Ne sachant rien des origines de la malade, j'aimerais à savoir si la tumeur était pulsatile dès son apparition. Il est certain qu'en général, un médecin soigneux n'aurait pas pratiqué une incision dans une tumeur pulsatile sans avoir été fixé sur sa nature.

H. Knapp. — En l'état actuel, cette femme est toujours sous le coup d'une hémorrhagie mortelle. Je crois que la ligature de la carotide primitive devrait être effectuée aussi vite que possible. Cette opération a été pratiquée avec succès dans des

cas d'exophtalmie produite par une communication artério-veineuse des sinus caverneux.

WRIGHT. — Je pense que dans ce cas il vaudrait mieux inciser et rechercher l'origine de la tumeur, puis faire la ligature.

DELAVAN. — J'attirerai l'attention sur le fait que la ligature de la carotide primitive n'a pas toujours arrêté l'hémorrhagie consécutive à la tonsillotomie.

WRIGHT. — La carotide externe a aussi été liée sans enrayer l'hémorrhagie amygdalienne.

KNAPP. — Je me souviens de cas où une hémorrhagie mortelle suivit l'extirpation de l'œil et ne put être enrayée ni par la ligature de la carotide primitive, ni par d'autres moyens.

2° R. C. MYLES. — Je désire présenter une **pince rétro-nasale modifiée** que j'ai trouvée très satisfaisante pour enlever en une fois à peu près toute la troisième amygdale (Luschka). L'instrument est fenétré, et il est suffisamment petit pour pénétrer dans les fosses nasales postérieures et pour passer entre la tumeur et les trompes, et par son emploi on peut tordre la tumeur, au lieu de la couper, ce qui peut provoquer de violentes hémorrhagies. Je présente également une volumineuse troisième amygdale intacte que j'ai retirée par cette méthode.

3° DELAVAN présente un **abaisse langue de verre** de fabrication française s'aseptisant parfaitement. Il est fait avec du verre trempé et casse difficilement.

4° DELAVAN. — **Trois cas de polypes kystiques du nez.** — Quoique les kystes du nez ne soient nullement rares, ils le sont assez pour que les trois cas que j'ai observés récemment méritent d'être rapportés. La première malade était une femme de 35 ans, qui, depuis trois ans, souffrait de polypes du nez. A l'examen je trouvai la moitié postérieure de la fosse nasale droite remplie d'une masse de polypes, et dans le pharynx nasal, une autre tumeur d'environ un pouce de diamètre. La masse du nez fut extraite en une séance ; et dans une séance suivante, avec beaucoup de difficulté, je réussis à enlever la tumeur postérieure avec le serre-nœud de Jarvis (Examen microscopique du Dr E. Hodenpyl : « fibrôme mou »).

Le second cas concernait un homme de 40 ans, qui depuis six ans était atteint de polypes du nez qui avaient été enlevés à plusieurs reprises. Lorsqu'il vint me trouver, il avait une tumeur qui remplissait presque tout l'espace rétro-pharyngien et une grande quantité d'autres dans la moitié postérieure de la fosse nasale droite. Ces dernières furent facilement extraites,

mais elles reparurent et persistèrent : elles étaient composées d'un tissu bien organisé remarquablement dense et non kystique. Les tumeurs rétro pharyngiennes résistèrent à tous les efforts d'ablation jusqu'à ce qu'on les ponctionnât; cette opération fut suivie d'une grande issue de liquide et de l'affaissement immédiat de la tumeur; son sac fut alors séparé à la base, juste auprès de l'extrémité postérieure du cornet inférieur au moyen d'une pince à polypes ordinaire. La dernière opération a été pratiquée il y a huit mois, et jusqu'ici il ne s'est pas produit de récidive (Examen microscopique du Dr Hodenpyl : « fibrôme mou »).

Le troisième malade ressentit, à l'âge de huit ans, les premières atteintes de polypes du nez. De huit à vingt-deux ans, il fut opéré six fois. Ces opérations ont été très pénibles et l'ont fait beaucoup souffrir. L'opération qui précéda la mienne fut pratiquée par un chirurgien distingué qui fendit le nez du malade, sépara les os et retira les tumeurs de cette manière. Il persista une grande cicatrice pas très visible, et le cours ultérieur de la maladie démontra qu'une opération aussi radicale était inutile. Quand le malade vint me trouver, il avait deux énormes tumeurs qui remplissaient la fosse nasale droite. Des tentatives infructueuses furent faites pour les saisir au moyen d'un serre-nœud, et d'autres méthodes furent également employées mais elles échouèrent aussi. En raison de leur tension et de la bonne apparence des tissus, il était difficile de reconnaître leur nature simple. Toutefois pour réduire leurs dimensions et pour s'assurer si elles étaient kystiques ou non, une cautérisation galvanique fut faite dans l'une d'elles et fut immédiatement suivie d'une issue de liquide clair et d'affaissement de la tumeur qui était insérée sur le cornet inférieur. La seconde tumeur qui fut aussi cautérisée sans difficulté, était appendue près de l'orifice de l'antre d'Highmore. Il n'y avait pas d'apparence d'affection de l'antre, bien qu'on fit soigneusement l'éclairage par transparence. Des fragments des deux tumeurs furent remis au Dr Hodenpyl pour l'examen microscopique, qui démontra que le sac était composé d'épithélium cilié en colonne, et contenait des matières granuleuses, de la fibrine et des détritus cellulaires. Son diagnostic fut : « fibrôme mou, appelé communément polype muqueux ». Les points intéressants du dernier cas sont : 1° le bas âge auquel sont apparues ces tumeurs; 2° la persistance avec laquelle elles reparurent; 3° l'inutile gravité de l'opération chirurgicale parfois entreprise pour leur extraction;

4° la facilité avec laquelle elles furent retirées par les voies naturelles.

SIMPSON. — Une des raisons qui font que ces tumeurs kystiques récidivent si facilement est qu'elles proviennent du haut du méat moyen, et qu'en les enlevant, nous n'atteignons pas leur point d'insertion le plus élevé. Dans un cas que j'ai observé, j'ai extrait un volumineux kyste du nez une ou deux fois par an dans ces temps derniers. Les récidives se produisent quelquefois très rapidement.

MYLES. — J'ai observé un certain nombre de cas où l'incision d'un abcès supposé enkysté dans un polype produisit une exsudation, qui au microscope fut reconnue pour n'être pas du pus, mais le produit d'une dégénérescence graisseuse. J'ai aussi vu ce fait dans l'amygdale de Luschka.

Séance du 24 avril 1893.

Président : D. BRYSON DELAVAN

1° J. WRIGHT. — **Gutta percha supérieure en plaques.** — Il y a quelques années j'employai une substance dénommée *gutta percha supérieure en plaques* (White Dental C°) pour préserver les surfaces des plaies nasales, et j'en ai obtenu des résultats si satisfaisants que je désire les faire connaître à la Section. Sa flexibilité le rend particulièrement applicable aux cas dans lesquels il existe des adhérences entre le cornet inférieur et la cloison qu'il est difficile de séparer après l'opération. On la coupe avec les ciseaux dans tous les sens et de toutes les dimensions. Elle est lisse, imperméable et non irritante ; elle ne supporte pas l'ébullition, mais elle peut être immergée indéfiniment dans des solutions antiseptiques.

J. E. NEWCOMB. — Je me suis servi à diverses reprises de cette substance et avec de très bons résultats. Elle est très flexible et entre et sort du nez si aisément que le malade lui-même peut la retirer, s'il est nécessaire de la nettoyer et la réintégrer ensuite. Je l'ai employée récemment dans un cas d'adhérence entre le cornet moyen et la cloison, qui ne put être séparée qu'après le redressement du septum.

J. W. Gleitsmann. — Je suis heureux qu'on ait signalé cette substance à mon attention, car j'ai eu souvent beaucoup de mal à séparer des adhérences nasales. Dans le but de m'affranchir de cette difficulté, j'employai il y a quelques années des bourdonnets de tupelo (tupelo tents), mais après leur introduction, ils gonflaient considérablement et causaient de la douleur. En Europe, on s'est souvent servi dans ce but de tinfoil qui doit être plié fréquemment et forme ainsi des angles aigus qui produisent des excoriations.

T. P. Berens. — J'ai l'habitude d'employer un mince copeau de liège enduit de collodion flexible qui peut rester dans le nez pendant un temps indéfini sans aucun inconvénient.

2° F. E. Hopkins.— **Application d'un dos de nez en aluminium.**— La malade que j'ai le plaisir de vous présenter est soignée par moi depuis le mois d'octobre 1894 à la New York eye and ear infirmary où elle se présenta pour une maladie d'oreille. Tout d'abord son nez excita mon intérêt et comme elle manifestait le désir de voir corriger sa difformité, je la questionnai sur ses causes et elle me fit le récit suivant. Miss. T. née à Baltimore, 30 ans. Angine ulcéreuse à l'âge de 8 ans. Malgré les soins du médecin de la famille, le processus ulcératif continua jusqu'à ce qu'il y eut perte de la luette,d'une partie du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx avec adhérences entre le voile du palais et la paroi pharyngée postérieure. Plus tard le nez fut atteint, et le cartilage triangulaire fut détruit ainsi qu'une partie du vomer.

La mère m'écrivit que, désespérant de pouvoir soigner sa fille chez elle, elle l'envoya à New-York trois ans après l'apparition de l'affection ci-dessus rapportée. La malade fut traitée vigoureusement et retourna dans sa famille très améliorée ; elle n'a plus ressenti de nouvelles atteintes depuis.

La perte de la portion antérieure de la cloison atrophie les parties molles, et par une rétraction cicatricielle, les ailes du nez étaient attirées, non-seulement à l'intérieur, mais aussi au-dessus, produisant une déformation marquée. Les ailes du nez étaient tellement séparées extérieurement, qu'on pouvait voir directement par l'ouverture du septum en se plaçant à côté de la malade. La photographie que je vous montre vous donnera une faible idée de ce qu'était la difformité avant l'opération. La malade fut d'abord soumise au traitement par l'iodure de potassium avec augmentation des doses tant qu'il y eut de la tolérance ; puis je l'opérai le 28 mars au Manhattan hospital aidé du

Dr J. F. Mc Kernon et d'un médecin de l'hôpital. Je pratiquai l'opération de Rouge, en ménageant un espace suffisant pour placer le dos de platine.

Le modèle de dos que je vous présente est une modification du modèle du Dr C. Martin, de Lyon, apporté en Amérique par le Dr R. F. Weir. C'est le résultat d'idées émises par les spécialistes des maladies de la gorge du Manhattan hospital. Il est en platine, a 1 pouce 50 de largeur, est taillé dans une seule feuille de métal et sans soudures. On le moule suivant les cas. L'opération est suivie d'une très faible réaction. La température monta d'un degré le lendemain. Cette élévation dura peu, et la malade guérit parfaitement. Il y a maintenant quatre semaines que l'opération est faite et le dos a été placé en causant une très légère irritation qui diminue graduellement. Il sera certainement supporté bientôt avec la plus grande facilité.

F. J. Quinlan. — J'ai vu la malade quelque temps avant l'opération et puis dire en toute sincérité que la déformation était énorme, les narines étaient totalement atrophiées de sorte qu'on aurait pu croire à l'existence d'une fracture des os du nez et de la cloison. Les résultats de l'œuvre du Dr Hopkins ont entièrement changé le visage de la malade, et j'espère que le résultat sera aussi bon que le font croire les indications actuelles. La nouveauté du procédé promet la création d'une ère nouvelle dans la chirurgie intra-nasale.

3° J. Wright. — **Mycose du nez et de la gorge.** — Les tumeurs mycosiques dont traite cette communication, sont de la forme connue sous le nom de leptothrix buccalis. Mon seul désir dans ces quelques notes est d'attirer votre attention sur quelques points qui m'ont intéressé dans les cas que j'ai observés dernièrement.

D'après ce que je sais, le leptothrix buccalis n'a pas été cultivé en dehors du corps, pas même dans de l'eau additionnée de chaux. On le trouve toujours dans les sécrétions qui s'amoncellent autour des dents saines mais non soignées. On le trouve dans les rhinolithes, dans les concrétions amygdaliennes et dans les pierres de la vessie ; nombre d'auteurs supposent aussi qu'il cause la carie dentaire, car on le trouve invariablement dans les cavités des dents cariées, mais, ainsi que le remarque Klebs, il peut être sûrement considéré comme la cause primordiale. S'il y a un organisme qui précipite les sels de chaux des liquides qui les tiennent en solution, il trouve probablement dans les cavités cariées un terrain favorable à son développement. On l'a ren-

contré dans les cavernes pulmonaires gangrenées. On le trouve très fréquemment dans les affections amygdaliennes connues cliniquement sous le nom de cryptes mycosiques, même lorsqu'il n'y a pas de symptôme pharyngé ou tonsillaire. Je l'ai récemment vu au microscope dans les dépressions situées entre les protubérances de l'hypertrophie naso pharyngienne lymphoïde. On l'a trouvé dans les acini des glandes de la muqueuse, bien que je ne l'aie jamais vu dans les coupes microscopiques. D'après ces considérations, nous concluerons que quelques manifestations consécutives à l'inflammation chronique favorisent le développement du champignon. Il peut exister des relations avec la desquamation des cellules épithéliales, l'exsudation des cellules rondes, des nœuds, ou le développement de certaines autres formes de microorganismes, car nous trouvons tout cela mélangé à la masse mycéliale dans les cryptes amygdaliennes et dans les profondeurs des glandes aciniques. Toutefois, ce ne sont que de pures conjectures. Des troubles digestifs ont été remarqués dans beaucoup de cas et on a supposé qu'ils étaient en rapport avec la tumeur, mais j'ai observé de nombreux cas sans troubles digestifs appréciables. Il est probable que dernier symptôme est un repère étiologique qui rattache la carie dentaire et le leptothrix. Il est vraisemblable aussi que l'état de l'atmosphère influe favorablement sur la tumeur, car un changement d'air semble être le seul remède efficace.

La mycose pharyngée est apparemment une affection bien commune. Par ces termes nous entendons la présence d'un champignon dans les petites dépressions de la muqueuse, à un tel point qu'il apparaît à la surface sous la forme de taches blanches de dimensions variées. J'ai essayé sans succès tous les genres de traitements dans les cas que j'ai observés. La cautérisation ne m'a pas réussi excepté pour les amygdales. Elle est toujours pénible au pharynx, à la base de la langue et aux piliers. Nous pensons que les cas de cette sorte finissent par guérir d'eux-mêmes. Il est déraisonnable de croire que toute application superficielle peut être efficacement employée. Tant que le sol est perméable, le champignon augmentera, malgré que vous brûliez l'extrémité supérieure de ses pousses.

J'ai observé récemment un cas de mycosis nasal. La malade était une femme d'âge moyen, qui avait quelques mouchetures blanches, d'apparence mycosique sur le bord naso-pharyngien, mais mon attention fut surtout attirée vers une ou deux petites taches d'un blanc de perle sur la muqueuse, couvrant l'extrémité

antérieure du cornet inférieur. Elles ne purent être enlevées avec de l'ouate. Au microscope on vit qu'elles étaient composées en partie de fibres mycéliales. Le caractère de la tumeur naso-pharyngée ne fut pas déterminé. Je n'ai pas encore rencontré dans la littérature d'observation de tumeurs de cette nature siégeant dans le nez.

(A l'appui de sa communication, le Dr Wright rapporte une série d'observations personnelles de mycose pharyngée et montre plusieurs dessins coloriés montrant les fibres mycéliales).

Delavan. — D'après tout ce qui a été écrit et dit à ce sujet, le traitement de la mycose pharyngée laisse encore beaucoup à désirer. Les formes irritantes de traitement, telles que le grattage ou la cautérisation, peuvent causer des déceptions. Sous leur influence, la guérison progresse faiblement et dans certains cas la mycose récidive sitôt après sa disparition. J'ai observé dernièrement un cas qui corrobore l'idée que le changement d'air et d'habitudes exerce une influence favorable sur ces malades. On m'adressa d'une ville éloignée une dame qu'on disait atteinte de mycose pharyngienne qui ne guérissait pas et qu'on m'envoya pour la soigner. Elle était ici depuis environ dix jours lorsqu'elle vint me trouver. Le mari et la femme dirent comme le médecin que la malade avait de nombreuses taches blanches sur certaines parties du pharynx et des amygdales, qu'on avait essayé vainement de faire disparaître. Quand j'examinai cette dame, à sa grande surprise je ne vis pas trace de l'affection.

En même temps que ces cas de mycose pharyngée, j'ai souvent remarqué qu'il existait de la diathèse rhumatismale et des troubles digestifs. Il m'est impossible de définir le caractère exact des accidents du côté de la digestion, mais en général on n'en trouvait pas. Dans ma clientèle j'essaye d'éviter le traitement consécutif de ces cas, et après avoir enlevé aussi rapidement que faire se peut les dépôts, sans causer trop de douleur, j'envoie au malade une pulvérisation d'eau boriquée, alternant à l'occasion avec une faible solution chloratée, tâchant en même temps d'améliorer la digestion. Un changement d'habitude sera souvent plus efficace dans ces cas que toute forme de traitement.

H. Knapp.— J'ai observé deux cas de ce genre cet hiver, et l'un des malades est ici ce soir. Chez celui-ci l'affection était très prononcée, occupant une partie des amygdales pharyngées et toute la région linguale jusqu'au bouton de la fosse glosso-épiglottique.

Le traitement que j'instituai consista en une expression au moyen d'une cuiller pointue, suivie de l'application d'une solution alcoolique d'acide salicylique à 4 %. J'ai soigné la malade pendant plusieurs mois, et elle est maintenant guérie, à part deux ou trois petites touffes superficielles. Le traitement fut d'abord appliqué quotidiennement, puis ensuite deux ou trois fois par semaine. Immédiatement après chaque application la muqueuse blanchissait, mais elle reprenait vite sa couleur normale. J'ai vu de nombreux cas de mycose des canalicules lacrymaux qui guérissent aisément en maintenant le canal ouvert. Sans fendre le canal, le traitement de ces cas par l'expression et la seringue n'est pas beaucoup plus difficile. Le parasite ne doit pas être considéré comme leptothrix, mais comme actinomycose.

R. C. Myles. — Je crois que le meilleur mode de traitement dans ces cas est d'enlever les parasites. Cette méthode prend de un à six mois et consiste à rogner les fragments de tissu affecté et à les gratter soigneusement ensuite. Dans un cas que j'ai soigné de cette façon, il y a cinq ans, il n'y a pas encore eu de récidive. Dans deux cas de leptothrix buccal supposé que j'ai soignés il y a plusieurs années, l'examen bactériologique démontra que les tumeurs étaient de l'actinomycose bovine.

Quinlan. — J'ai observé récemment cinq ou six cas de mycose et j'ai été impressionné par l'étroite relation qui les unissait au rhumatisme et à la goutte. Presque tous ces malades présentaient des symptômes caractérisés d'arthritisme. A certaines périodes lorsque ces personnes jouissaient d'une certaine immunité à l'égard de la mycose, elles souffraient d'attaques de goutte ou de rhumatisme. L'acide salicylique en solution m'a donné les meilleurs résultats locaux, quoique peu de médicaments puissent avoir des vertus en applications topiques. J'ai employé le salol à hautes doses, de un grain à un grain et demi par jour avec un excellent résultat. Le salol exerce une influence spécifique particulière sur ces affections parasitaires. La responsabilité de ces manifestations est souvent imputable aux troubles digestifs. Une bonne hygiène, un exercice modéré, des bains et un changement d'air complet rehausseront beaucoup la valeur de nos remèdes. L'amygdale linguale est un lieu d'élection pour ces végétations, ses cryptes et ses lacunes offrent un terrain favorable à la multiplication des germes.

E. Mayer. — Je suis d'accord avec le Dr Wright sur le point que la présence des organismes mycosiques dans la gorge est

souvent de peu d'importance, et je crois qu'ils sont bien plus fréquents que nous ne le pensons. Ils doivent souvent siéger sur la paroi pharyngée postérieure, où ils procurent des sensations de brûlure qui peuvent s'étendre jusqu'à l'intérieur du larynx. Le traitement que j'ai employé dans ces cas et qui a apporté une grande amélioration est l'expression, au moyen d'un instrument tranchant, et en cela je suis absolument l'idée du Dr Gruening qui a beaucoup étudié ce sujet. La pression est faite contre la paroi pharyngée postérieure et donne issue à de petites parcelles qui sont de la nature de cet organisme. On applique ensuite une solution alcoolique au baume du Pérou, et d'habitude on obtient le résultat désiré.

Gleitsmann. — Il y a quatre ou cinq ans, je vis une série de cas de leptothrix, mais je n'en ai observé aucun récemment. Avant d'avoir entendu la communication du Dr Wright, je ne croyais pas que ces végétations mycosiques apparussent dans le nez. Je les ai trouvées dans le pharynx et dans le larynx. Il y a quelques années j'employai des moyens énergiques, la curette tranchante, la cuiller, etc., et je guéris mes malades, mais aujourd'hui j'en suis arrivé à conclure que le traitement n'a pas grande valeur. Dans un cas persistant que j'ai soigné pendant quelque temps, les végétations s'étendirent graduellement jusqu'au moment où le malade fut obligé d'aller à la campagne et cessa tout traitement ; quand il revint au bout de deux mois, il n'y avait plus trace de la maladie.

W. F. Chappell. — Pendant ces dix-huit derniers mois, j'ai vu sept cas de mycose et je les ai soignés par des applications de solution de pyrozone à 25 %. Je lavai d'abord le pharynx avec une solution de pyrozone à 3 %, et après avoir enlevé la mousse du mucus et séché le pharynx, j'appliquai une solution plus forte de pyrozone. J'ai obtenu par cette méthode des résultats très satisfaisants, bien meilleurs que par les cautérisations et l'application de divers acides.

C. H. Knight. — La conclusion à laquelle j'étais arrivée il y a quelque temps à propos des cas de mycose, et qui a été plus ou moins confirmée par ce que j'ai entendu ce soir, est que tandis qu'ils offrent un grand intérêt pathologique, ils ont peu d'importance clinique. La plupart de ces malades n'avaient pas d'antécédents morbides. Ces productions mycosiques ne donnent souvent lieu à aucun symptôme subjectif. Elles disparaissent fréquemment d'une façon spontanée. Toutefois, les méthodes de traitement les plus énergiques par les cautérisations électri-

ques, etc., sont inefficaces tant qu'elles sont suivies d'une prolongation incertaine. Je crois que les méthodes douces étroitement unies à la correction des troubles digestifs doivent être recommandées dans ces cas.

BERENS. — Dans un cas j'ai employé une solution à 10 °/₀ d'ortho-chloro-phénol dans la glycérine avec de très bons résultats.

NEWCOMB. — Mon impression, d'après les dix ou douze cas que j'ai vus, est que les troubles digestifs jouent un rôle très important dans la production de cet état. Dans un cas que j'ai observé, le malade avait plusieurs dents cariées, lorsque celles-ci furent obturées, la mycose disparut sans autre traitement. Au printemps dernier, le Dr Ingals rapporta une série de cas dans 25 °/₀ desquels il existait des troubles digestifs distincts. Comme on l'a dit, il est quelquefois difficile de déterminer la nature exacte des accidents gastriques, mais les malades s'améliorèrent par une diète corrigée, certains d'entre eux qui ne présentaient pas de symptômes de rhumatisme bien définis, se trouvèrent bien du traitement rhumatismal. Dans deux de mes observations, le dépôt mycosique de la gorge disparut lorsque les malades renoncèrent à leurs habitudes de boire du thé et de manger des plats sucrés.

MYLES. — Dans un de mes cas, les végétations mycosiques étaient solidement attachées et quelques-unes étaient saillantes à une distance d'environ la moitié de la longueur de mon ongle.

DELAVAN. — Je crois comme le Dr Myles que ces cas diffèrent notablement comme intensité. Dans quelques-uns les dépôts sont si légers que le malade ne s'aperçoit pas de leur présence, tandis que dans d'autres ils provoquent une certaine irritation et sont la source de grands désagréments. Pour leur fréquence, j'en ai observé huit cas à la fois l'année passée. Je n'en ai vu que quatre cette année. Dans de nombreux cas que j'ai traités énergiquement pendant longtemps, les végétations disparaissaient spontanément lorsque le malade allait à la campagne.

WRIGHT. — En ce qui concerne l'aspect décrit par le Dr Newcomb et la fréquence des indigestions dans ces cas, j'ai été surpris d'entendre que le pourcentage n'était que de 60 °/₀, car je crois que l'on a concédé en dernier lieu que 75 °/₀ du total des malades atteints de manifestations catarrhales de la gorge avaient des troubles digestifs, et que probablement 75 °/₀ de la totalité du peuple américain présente des symptômes de troubles digestifs. Je ne crois pas toutefois que ces descriptions aient

grande importance au point de vue des relations étiologiques existant entre la dyspepsie et la mycose. D'autre part, il y a des malades atteints de mycose qui n'ont jamais de dyspepsie. Il en est de même du rhumatisme. L'acide salicylique dont a parlé le Dr Knapp a été souvent employé dans la mycose avec des résultats très variables. Mon expérience du traitement chirurgical n'a pas été très satisfaisante. Il est tout à fait impossible, par toute forme d'application, d'atteindre le fond des cryptes et des glandes aciniques d'où proviennent ces végétations, et si le sol est approprié, elles continueront à pousser, malgré que souvent la surface soit abrasée.

SIXIÈME RÉUNION DES OTO-LARYNGOLOGISTES BELGES

Compte-rendu par le Dr O. Laurent

Cette réunion a eu lieu le 16 juin dernier. L'assemblée devenant plus nombreuse chaque année, elle s'est constituée cette fois définitivement en Société, et a élu un président pour un an, et une commission chargée d'élaborer le règlement. Excellente innovation : des questions seront mises à l'ordre du jour et nous verrons ainsi disparaître ces exposés et démonstrations (mastoïdites ou autres) encombrant les séances et y produisant un véritable désarroi. Les cas auxquels nous faisons allusion peuvent avoir quelque intérêt, mais ils ne valent vraiment pas le temps qu'il faut leur consacrer pendant la durée restreinte d'un Congrès. Ces observations avaient du reste été déjà faites plusieurs fois. Nos réunions, dans la pensée de leur fondateur, M. Delstanche, devaient avoir un caractère purement amical et exclure les tendances gravement scientifiques et parfois pédantes des assemblées de spécialistes.

Dans la dernière réunion, nous avons retrouvé nos confrères des années précédentes. Seuls et pour la première fois, MM. Eeman et Schiffers étaient absents. Parmi les étrangers, figurent les assidus de la première heure : M. Gouguenheim et sa cordiale bonhomie, M. Noquet et son bon sens sérieux, M. Wa-

gnier, qui, après une communication intéressante, a égayé, selon sa coutume, le banquet de plaisanteries spirituelles.

M. Hicguet présidait cette fois ; ce sera, l'année prochaine, le tour de M. Delie, d'Ypres, qui a recueilli l'unanimité des suffrages pour cette fonction, dans laquelle lui succéderont sans doute MM. Goris, Cheval et Rousseaux.

C'est à dessein que nous allons écourter considérablement notre compte-rendu. Nous préférons, en effet, ne donner que la substance des communications, élaguant de la sorte pour nos lecteurs les détails qui ne trouvent leur véritable place que dans la publication spéciale faite par l'auteur lui-même ou dans les Annales de la Société. Ainsi en est-il, par exemple, de la transformation des fosses nasales et de la discussion dont elle a été l'objet.

Plusieurs faits intéressants ont été communiqués. Tout d'abord une observation qui fait grand honneur à son auteur, est celle de M. Goris sur le traitement du lupus ; une autre de M. Broeckaert, de Gand, a été également fort remarquée, d'autant plus que les expériences de physiologie cérébrale sont souvent entourées des plus grandes difficultés. On a entendu ensuite avec grande attention M. Gouguenheim faire part de ses recherches sur la diphthérie de l'adulte. Constatons en passant, qu'à ce propos il a été avancé dans la discussion que le sérum artificiel pourrait être un agent modificateur des membranes, sans doute selon la formule « post hoc ergo propter hoc ». M. Delstanche, toujours à la recherche du nouveau, nous a montré qu'il continuait à perfectionner ses instruments en dépit des critiques auxquelles le masseur a été en butte ; nous parlerons plus loin d'une modification ingénieuse apportée à cet instrument par l'éminent otologiste. A citer aussi la communication de M. Cheval, dont les travaux d'électro-thérapie spéciale sont appréciés.

Les séances ont eu une durée d'environ trois heures chacune : celle du matin a été consacrée à la présentation de malades, d'instruments et de pièces anatomiques ; celle de l'après-midi aux communications diverses.

Capart. — **Deux cas de polypes fibreux naso-pharyngiens traités par l'électrolyse.** — Dans le premier on retrouve la saillie signalée par Bruns après la disparition de ces tumeurs par l'électrolyse. Son point d'implantation est à la face externe de la base de l'apophyse ptérygoïde. En outre, dans cinquante cas traités et guéris par Capart, la lésion siégeait à droite. Le second malade avait subi le traitement par l'anse galvano-caus-

tique, qui causait d'abondantes hémorrhagies ; **depuis trois semaines**, il est soumis à l'électrolyse avec le plus grand avantage.

Goris. — **De l'intervention radicale dans le lupus du nez et de l'oreille.** — La méthode suivie a été, non pas celle du grattage et des cautérisations, mais celle de l'excision du néoplasme, empiétant même sur les tissus sains. L'affection datait, dans les quatre cas, de 25, 22, 12 ans et 1 an. Chez le premier sujet, le lupus siégeait sur le lobule, le rebord de l'oreille et la région sous-jacente ; guérison depuis 4 mois. Deuxième cas : lésion du lobule et du tragus. Troisième cas : fille de 15 ans, lupus sous-lobulaire. Quatrième : lupus de la région nasale droite et de la partie adjacente de la joue.

On ne constate aucune trace de récidive. La plaie opératoire a guéri par granulation, en général par autoplastie et par la greffe dermo-épidermique. L'un des opérés avait été présenté, pour la première fois il y a deux ans, à Gand, comme un succès de méthode rhinoplastique.

D'autre part, voici un lupeux de Bayer, chez lequel le larynx fut désobstrué grâce à l'acide trichloracétique, au vasogène et à l'iodoforme Espérons que, dans notre prochaine réunion, Bayer pourra confirmer ce succès par d'autres.

Rutten. — **Tumeur syphilomateuse.** — (Voir *Annales*, page 242).

Béco. — **Adéno cancer du palais osseux.** — Le terme adénome dans lequel l'affection a été primitivement décrite, répond à l'origine du néoplasme et à son apparence bénigne. Dans le cas de Béco, il s'agit d'une femme de 22 ans. La production, grosse comme un pruneau, occupait la moitié droite du palais osseux. Elle avait été remarquée deux ans auparavant. Elle fut enlevée au mois de novembre 1894. Le fond de la loge fut cautérisé au thermocautère et au chlorure de zinc. La guérison s'opéra en une vingtaine de jours. « Le microscope montra à côté de glandes encore saines, d'autres, plus nombreuses, entourées de plusieurs rangs de cellules, et dont la cavité était remplie de masse colloïde. Ailleurs, les cellules plus allongées et plus aplaties que la normale étaient inégalement groupées autour de la masse déformée, et envoyaient ces prolongements épithéliaux dans le tissu conjonctif. Ailleurs encore, on ne trouvait plus que des îlots de cellules épithéliales entourées de travées conjonctives, sans membrane propre. Si cliniquement l'affection est restée bénigne, histologiquement la tumeur a subi des transformations qui lui donnent déjà par places la structure du cancer ».

Delstanche. — **Modification apportée au masseur du tympan.** — Ce petit appareil est actionné par le masseur lui-même et détermine à volonté la condensation ou la raréfaction de l'accès dans le conduit auditif. C'est un tube à trois branches, en forme d'Y, dont le bras vertical est adapté à l'embout olivaire. Chacune des deux autres branches renferme une soupape métallique, se mobilisant en dehors dans l'une, en dedans dans l'autre, et fonctionnant comme une pompe aspirante et foulante. Ainsi se trouve simplifiée la technique.

Autres avantages : 1° grâce à la condensation, l'examen du tympan est rendu facile, les parois en état de relâchement étant refoulées ; 2° les processus adhésifs de l'oreille moyenne seront favorablement influencés par la série des chocs de condensation, au même titre qu'ils le sont par les chocs du stylet à tampon, préconisés par Lucæ, et avec la douleur en moins.

Schleicher. — **Manche galvano caustique à rhéostat.** — Ce rhéostat, composé d'un fil de maillechort enroulé autour d'une plaque en verre ou en ardoise, occupe le bord inférieur de l'enveloppe en ébonite des fils conducteurs. Le courant passe par une mince plaque en cuivre rouge appliquée en équerre sur le bord supérieur gauche de l'ébonite ; le fil conducteur gauche est coupé, celui de droite est adapté à l'interrupteur. De là, le courant arrive à une languette du chariot horizontal et faisant ressort, puis à une seconde languette, verticale, appliquée sur le rhéostat. Plus le chariot est en retrait, plus est grand le nombre de spires à parcourir par le courant jusqu'à l'anse. Comme la résistance du courant est supérieure à celle de la plus grande anse possible, il est aisé de commencer l'opération avec l'intensité convenable. Celle-ci ne varie point et le fil ne brûle pas, même à l'air libre. Enfin, le frottement subi par le chariot pendant sa course est aussi doux que celui des meilleurs manches.

Bayer. — **Instruments aseptiques.** — Le premier est un miroir laryngoscopique dont les deux parties sont détachables grâce à une articulation à frottement doux. En outre, le cadre métallique est divisé lui même sur sa circonférence, en deux parties, dont l'une est fixée au manche, et dont l'autre peut en être séparée, la glace devenant ainsi libre.

Une disposition analogue a été appliquée au spéculum nasi de Duplay.

Noquet. — **Un cas de kyste de l'épiglotte.** — S'il en juge par ses recherches bibliographiques et aussi par sa pratique personnelle, ces tumeurs sont rares : la plupart des auteurs ne les

mentionnent pas spécialement. Morell-Mackenzie et Poyet les ont cependant figurées. Dans le cas de Noquet, il s'agit d'un garçon de 13 ans, présentant, implantée sur la face antérieure gauche de l'épiglotte, une tumeur sphérique, du volume d'une cerise, blanc jaunâtre, sessile, sans pourtant être inflammatoire. Elle ne donnait lieu à aucun symptôme et ne fut découverte qu'à l'occasion d'un examen pratiqué, pour la première fois, pour une pharyngite catarrhale. Après cocaïnisation, Noquet incisa le kyste avec un couteau galvanique et en vit sortir un liquide jaunâtre, peu épais, la coque en fut détruite. La tumeur disparut sans laisser de traces. S'agirait il d'un kyste par rétention, d'une glande en grappe de la face antérieure de l'épiglotte?

Broeckaert. — **Le centre cortical de la phonation.**— L'auteur a pratiqué, au laboratoire de physiologie, de nombreuses expériences chez le chien. Il lui était assez souvent facile de faire l'examen laryngoscopique en attirant la langue à l'aide d'une pince et en recourbant l'épiglotte avec un rétracteur. Chaque fois les deux centres ont été détruits et des recherches histologiques ont confirmé les phénomènes observés. Broeckaert rappelle le travail de Horsley et Semon. Voici ses conclusions :

1° L'excitation unilatérale du centre de Krause, à l'aide des courants induits très faibles, détermine l'adduction des deux cordes vocales.

2° L'extirpation bilatérale des centres de Krause entraîne l'abolition de l'aboiement : mais l'adduction réflexe des cordes est conservée, comme on peut s'en convaincre par l'examen laryngoscopique. Aussi l'animal continue-t il à crier, à vagir ; bref, à exécuter tous les actes phonatoires dont le chien nouveau-né est capable.

3° Les nerfs laryngés restent intacts après l'extirpation des centres de Krause : ce qui prouve que toutes les fibres qui interviennent dans l'adduction des cordes vocale proviennent du centre médullaire, et non directement du centre cortical. L'examen histologique des muscles laryngés a également démontré leur intégrité parfaite.

4° L'abolition de l'aboiement persiste pendant quelques semaines. Puis, sensiblement, l'animal réapprend à aboyer de la même façon qu'il l'a appris la première fois.

5° Le centre se refait, très probablement dans les parties voisines, par un nouvel apprentissage. Ce nouveau centre s'associe, grâce à la loi de contiguïté dans le temps et dans l'espace, aux autres centres qui interviennent dans l'acte complexe de l'aboie-

ment, et dès lors l'aboiement volontaire redevient possible.

Delie. — **De l'amygdalite folliculaire ulcérée.** — Cette lésion ne se manifeste d'ordinaire par aucun symptôme net, objectif ou subjectif, local ou général, et cède rapidement à une thérapeutique très simple. Tout au plus existe-t-il de la gêne à la déglutition, et parfois une perversion du goût.

On constate d'ordinaire une amygdalite folliculaire chronique, mais un examen plus soigneux révèle la présence d'une ulcération, d'un demi centimètre à un centimètre de diamètre, à bords irréguliers, taillé à pic, à fond caséeux ou blanc grisâtre, pultacé, sans zone inflammatoire. En détergeant l'ulcère, on pénètre à la profondeur de un à deux centimètres dans une loge amygdalienne. Cette lésion est souvent unique. Elle s'accompagne fréquemment de tuméfaction ganglionnaire, et sa découverte est le plus souvent due au hasard. Les badigeonnages antiseptiques en ont eu raison au bout d'une semaine. Alors que Moure considère cette affection comme une amygdalite lacunaire aiguë, Delie y voit un processus chronique ; une inflammation modérée a causé une exagération des sécrétions et une desquammation de l'épithélium ; ces produits ne pouvant être évacués, s'accumulent, d'où ulcération dans la profondeur. Une fois Delie avait d'abord cru à une gomme ulcérée et une autre fois à un cancer.

Wagnier. — **Bulle osseuse ethmoïdale.** — Il s'agit d'une fille de 24 ans atteinte d'angine et de sténose nasale très prononcée. La fièvre disparut au bout de quelques jours, mais des vertiges, des fourmillements des membres persistèrent avec obstruction nasale : une bulle ethmoïdale existait du côté droit. Elle fut incisée à l'anse galvanique et la capsule restante réséquée avec la pince de Grünwald ; la membrane qui la tapissait à l'intérieur avait subi la dégénérescence myxomateuse. Le vertige subsiste encore, et cela, déclare Waguier, sans lésion auriculaire concomitante.

Cheval. — **Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle.** — Cheval établit que si l'électrode soluble positive est une aiguille, une tige ou une lame de cuivre, on a affaire à l'*électrolyse interstitielle cuprique ;* au pôle positif, il se forme une combinaison du Cl, de l'O et du Cu, soit un oxychlorure de cuivre, soluble dans une solution de NaCl, donc dans du plasma. Si l'électrode positive est en argent, nous aurons l'*électrolyse interstitielle argentéique*. Tout cela dans une solution aqueuse de Na Cl électrolysée. Pour pratiquer l'opération, il faut : 1° une

BIBLIOGRAPHIE

Ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrothermique, par Canaby (Thèse de doctorat, Bordeaux 1895).

Après avoir fait le procès de tous les traitements employés contre l'hypertrophie amygdalienne, C. conseille l'usage exclusif de l'anse chaude.

Action sûre et rapide dans tous les cas ; absence d'hémorrhagies et d'infection secondaire ; réaction consécutive modérée : tels sont ses principaux avantages.

Le courant doit être fourni par deux accumulateurs réunis en tension ; le manche à préférer est celui de Schech ; le fil doit être en acier ; son diamètre n'excédant pas 1/3 de millimètre ; un rhéostat est chose utile. L'anse placée avec précaution autour de l'amygdale (libérée au besoin de ses adhérences) doit la sectionner en 3 à 4 secondes ; l'intensité du courant employé ne dépassera pas huit à dix ampères.

C. conseille l'ablation des deux amygdales en deux séances par crainte d'une réaction inflammatoire trop vive ; il ne paraît pas attacher beaucoup d'importance aux douleurs post-opératoires, malgré leur fréquence et leur intensité, et considère l'opération comme toujours facile, avec un peu d'habitude.

H. RIPAULT.

Traitement des épaississements de la cloison des fosses nasales. Scies et trépans électriques, par P. Lacroix (Thèse de doctorat, Paris, 1895).

L'éperon de la cloison représente une infirmité, non exempte de dangers (otites, affections des voies respiratoires), son traitement chirurgical s'est beaucoup simplifié. Il ne faut donc pas reculer devant l'intervention, dont l'auteur passe en revue les trois principaux modes.

La scie de Bosworth, les trépans, demandent une certaine pratique ; leur maniement est forcément un peu long et non exempt de douleurs.

L'électrolyse bipolaire, avantageuse pour les éperons de petite dimension est surtout appréciée de malades pusillanimes ; mais elle n'est pas indolore, demande une surveillance très attentive pendant toute la durée de l'opération ; peut être suivie de réaction vive ; enfin pour les crêtes importantes, le résultat final peut se faire attendre quelque temps.

Aussi, sauf indications particulières, l'auteur donne-t-il la préférence aux scies, trépans et tréphines, actionnés par un moteur électrique (genre Gramm).

L'opération, telle que la pratiquent MM. Baratoux et Lacroix, est remarquable par sa simplicité, puisque sans efforts on dispose d'une grande force, et surtout par la rapidité de ses effets, qui diminue la douleur et le choc ; par suite, ce procédé opératoire, toujours applicable d'ailleurs, se recommande pour les éperons volumineux, qu'il supprime dans un minimum de temps.

La seule difficulté pratique est d'avoir à sa disposition le moteur électrique nécessaire, qui assure la supériorité à cette méthode. H. RIPAULT.

Œdème du larynx et laryngite sous-muqueuse, par ARTHUR KUTTNER (Berlin, 1895, édit. G. Reiner).

Etude historique et critique fort complète, cet opuscule compte 82 pages et comprend une bibliographie de 329 ouvrages et une planche de trois dessins histologiques ; 9 observations inédites, dont deux avec autopsie. Voici les conclusions : 1. *La laryngite sous-muqueuse aiguë* peut être de nature infectieuse primitive ou secondaire ou de nature non infectieuse, provoquée par des traumatismes, des brûlures, des lésions de voisinage ou des affections constitutionnelles (tuberculose et syphilis). Dans les deux cas on distingue trois stades dans l'évolution de la laryngite : le stade œdémateux : érysipèle du larynx, les stades plastiques et suppuratifs : phlegmons infectieux.

2. *L'œdème du larynx* comprend tous les cas où l'œdème est une conséquence d'un autre processus local ou général ; tout état inflammatoire actif fait défaut ; l'étiologie de ces cas comprend le mal de Bright, les affections cardiaques, la stase veineuse, l'anémie et l'hydrémie générales, des processus angionerveux. M. N. W.

ANALYSES

I. — *OREILLE*

Sur les fonctions des diverses parties de l'organe de l'ouïe chez l'homme, par Weinland (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 37, Hft. 3 u. 4, 1894).

L'auteur s'est proposé d'édifier une théorie des fonctions de l'oreille sur des données purement anatomiques, en ne tenant aucun compte des expériences physiologiques, presque toujours susceptibles d'interprétations diverses. Sa théorie diffère de celle de Helmholtz et des autres auteurs en ce qu'elle n'accorde aucun ou presque aucun rôle à la membrane et aux osselets dans la transmission de la hauteur et de l'intensité des sons, en ce qu'elle fait pénétrer les ondes sonores dans l'oreille interne par la fenêtre ronde et non par la fenêtre ovale, enfin et surtout en ce qu'elle donne une explication de la perception de la direction du son par l'oreille. En voici le résumé.

La hauteur et l'intensité des sons sont perçues par l'intermédiaire de la membrane basilaire. Avant d'impressionner cette dernière, les vibrations traversent la membrane du tympan (qui n'est d'ailleurs d'aucune utilité à ce point de vue), puis celle de la fenêtre ronde, et pénètrent ensuite dans la rampe tympanique du limaçon. Cette rampe présente deux particularités en rapport avec son rôle : ses parois ne renferment que des veines, car des pulsations artérielles pourraient altérer les ondes sonores ; de plus, sa disposition en spirale assure la réflexion des ondes et, par conséquent, l'ébranlement de la membrane basilaire qui forme le toit de cette rampe. Les fibres de la membrane basilaire sont unies entre elles par un tissu continu, ne sont pas nettement limitées à leurs extrémités, et présentent des points relativement fixes, par exemple au niveau des piliers de l'organe de Corti : il en résulte que chacune d'elles correspond, non pas à un son unique, mais encore à ses harmoniques et à

une série de sons de même longueur d'ondes. Les cellules ciliées, unies entre elles par la membrane réticulaire, forment à la surface de l'organe de Corti un plan qui suit tous les mouvements de la membrane basilaire. A chaque mouvement d'élévation de cette membrane, les cils viennent heurter la membrana tectoria ; l'ébranlement des cils se transmet aux cellules correspondantes qui sont en rapport avec les terminaisons du nerf auditif.

La direction du son est appréciée, grâce à la disposition et au fonctionnement de la membrane du tympan. On peut se convaincre, par une simple construction géométrique, que les ondes sonores, après s'être réfléchies une ou plusieurs fois sur les parois du conduit (à l'exception de celles qui y entrent parallèlement à l'axe) ne viennent pas frapper toute la surface de la membrane, mais seulement une portion de celle-ci. Or, si la région frappée varie selon le lieu d'origine des ondes sonores, elle est toujours la même pour une direction donnée. On peut déduire de ce fait que la modification subie par la membrane ainsi ébranlée diffère selon la direction du son. Cette modification se transmet par la chaîne des osselets au liquide labyrinthique dans lequel elle détermine un courant qui traverse successivement la rampe vestibulaire, l'hélicotrème et la rampe tympanique. Dans son passage à travers la rampe vestibulaire, ce courant exerce à travers la mince membrane de Reissner une pression sur le canal du limaçon : il en résulte la production dans celui-ci d'un courant de sens contraire qui se dirige de haut en bas vers le vestibule membraneux, en refoulant plus ou moins l'organe de Corti vers la base du limaçon. Or, il résulte d'une disposition anatomique spéciale des cellules ciliées internes que, selon le degré de dépression de l'organe de Corti, c'est-à-dire selon la direction du son, tous les cils de ces cellules, ou seulement une partie d'entre eux, viennent heurter la membrana tectoria, au moment où la membrane basilaire entre en vibration. Dans cette région précisément, la membrana tectoria présente à sa face inférieure une structure spécialement ferme et résistante (bandelette de Hensen) : cette particularité anatomique favorise l'accomplissement par les cellules ciliées internes de cette fonction d'orientation à laquelle sont impropres les cellules externes en rapport avec les parties molles de cette même membrane.

M. BOULAY.

Fibro chondrome calcifié du pavillon de l'oreille, par Mermet (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, décembre 1894, p. 979).

Tumeur considérable, corpustale, opérée par M. Marchand et examinée par l'auteur qui la trouva composée en grande partie de cellules cartilagineuses. Cette tumeur, située entre la conque et l'hélix, est rangée par l'auteur dans la catégorie des fibro-chondromes branchiaux de Lannelongue et Achard, bien que le siège ne soit pas celui des tumeurs décrites par les auteurs, en raison de l'analogie de structure avec les fibro-chondromes d'Achard et Lannelongue. A. G.

Hématome bilatéral des lobules, par A. Randall, de Philadelphie (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

Chez une jeune fille de 15 ans, on trouve au niveau de chaque lobule une petite tumeur d'un rouge pourpre, dont la plus grosse a le volume d'une petite noisette. L'enfant avait eu une attaque épileptique et une violente traction avait été opérée sur les oreilles pour essayer de la faire revenir à elle. M. LS.

Un cas d'otite externe hémorrhagique, par J. Dunn, de Richmond (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

Un homme de 30 ans ayant eu autrefois des végétations adénoïdes et présentant une diminution ancienne de l'ouïe des deux côtés, est pris brusquement de douleurs vives dans l'oreille gauche qui,en moins de douze heures,aboutit à une hémorrhagie notable par le conduit. Inflammation manifeste du conduit et de la membrane du tympan, sans perforation, avec de très nombreuses petites extravasations sanguines qui siègent surtout dans la partie postérieure et supérieure du conduit près du tympan. Quelques heures après l'examen, l'oreille droite qui avait été trouvée normale devint douloureuse à son tour, laissa couler du sang et présenta exactement la même apparence que la gauche. M. LS.

Du rôle joué par les agents de la suppuration dans les déchirures du lobule de l'oreille chez les malades porteurs de boucles d'oreilles, par L. Leloir. (*Le Nord médical*, 1er avril 1895.)

L'auteur rappelle que la déchirure du lobule de l'oreille a été souvent attribuée au port d'une boucle d'oreille plus ou moins lourde.

Or, si l'on examine le rapport du poids des bijoux avec le nombre d'oreilles déchirées, on voit que ce ne sont pas les boucles d'oreilles les plus pesantes qui déterminent le plus de déchirures.

On a aussi incriminé le tempérament scrofulo tuberculeux. Pour Leloir, il n'a d'action que parce que les gens dits lymphatiques fournissent un bon terrain de culture aux agents de la suppuration. Cette déchirure du lobule peut s'observer chez des non lymphatiques, comme le prouve l'observation d'une de ses malades qui, au moment où on lui perça les oreilles, soignait un petit enfant atteint d'impétigo confluent de la face et de pustulettes d'ecthyma des mains, et par lequel elle fut infectée. Chaque lobule devint le siège d'une ulcération avec croûtes impétiginiformes qui guérirent par un traitement antiseptique approprié.

Emphysème de la membrane du tympan et de la région mastoïdienne, par Haug (*Münch. med. Wochenschr.*, octobre 1894).

Observation d'un homme de 25 ans présentant un catarrhe simple des deux trompes. L'examen montra les deux tympans enfoncés et d'une minceur telle que toutes les parties sous-jacentes étaient nettement visibles. Le malade n'ayant aucun phénomène aigu ni subaigu, H. donna la douche de Politzer, qui produisit immédiatement des douleurs extrêmement violentes. A l'examen on vit les tympans couverts d'ecchymoses punctiformes, le gauche présentant en outre dans son épaisseur des bulles d'air. De plus, une tumeur emphysémateuse s'était formée derrière l'oreille gauche. Tous ces accidents disparurent sous l'influence du massage.

Pour expliquer le mécanisme de cet emphysème, l'auteur admet que la muqueuse et la fibreuse de la membrane tympanique ont été déchirées par l'air comprimé, celui-ci passant dans les cellules pneumatiques s'est infiltré sous les téguments à travers une déhiscence préformée de la corticale.

G. LAURENS.

Fibrome papillaire kystique télangiectasique de la caisse du tympan, par Cozzolino. (*Arch. ital. di otol.*, etc., 1894, fasc. 3).

Cette variété extrêmement rare de polype de la caisse fut

observée par C. chez un enfant de quatre ans et demi qui était atteint depuis plus de deux ans d'un écoulement de l'oreille droite consécutif à une scarlatine. La tumeur, très volumineuse, faisait saillie au dehors et remplissait toute la conque. Sa surface lobulée et granuleuse rappelait celle d'un chou-fleur. Elle était pédiculée et fut enlevée à l'anse. Sa structure histologique était celle d'un papillome. Chaque papille était constituée par un stroma conjonctif lâche servant d'enveloppe et de soutien à une multitude de capillaires à parois très minces et terminés en anses ; çà et là ces capillaires étaient rompus et avaient amené la formation de kystes hémorrhagiques à parois pigmentées. La surface des papilles était revêtue d'un épithélium stratifié. En quelques points la tumeur présentait une tendance à la métaplasie sarcomateuse qui pouvait faire redouter une récidive, mais cette crainte ne se justifia pas dans la suite. M. BOULAY.

Otites moyennes purulentes, par TILLAUX. (*Semaine médicale*, 19 septembre 1894).

M. le professeur Tillaux a jugé utile, à propos d'un malade de son service (clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité) qui présentait une otite moyenne subaiguë à pneumocoques, de rappeler aux élèves les symptômes et l'étiologie des otites. C'est ainsi qu'il interprète les signes fournis soit par le malade, soit par l'examen objectif, signes sur lesquels nous n'avons pas à insister ici. Le point sur lequel le professeur Tillaux insiste avec beaucoup de raison est l'utilité de la paracentèse du tympan lorsque la perforation qui s'est faite naturellement est trop étroite pour donner issue au pus. Il termine par le traitement à employer : lavages antiseptiques et douches de Politzer pour vider la caisse. F. HELME.

Otopathies syphilitiques héréditaires et acquises, par COZZOLINO. (*Gaz. degli ospit.*, 6 avril 1895).

La syphilis, d'après la statistique, ne donnerait que 6 à 8 pour 1000 des affections de l'oreille. Pourtant, en moins d'un mois C. a rencontré quatre cas incontestables : 1° sclérose au début du tragus ; 2° otite moyenne suppurée avec infection gommeuse du voile du palais ; 3° otite moyenne et rhinite pyogène par syphilis héréditaire chez un enfant de quatre mois ; 4° labyrinthite bilatérale avec surdité complète par syphilis acquise.

Bien d'autres lésions syphilitiques de l'oreille peuvent être observées ; chancre du pavillon très rare et ordinairement à la suite de morsures, plaques muqueuses et gommes du pavillon également rare, impétigo iodens plus fréquent et très grave, exostoses, hyperostoses, ostéomes du conduit auditif externe, otalgies, affection où il faut toujours penser à la syphilis périostite subaiguë, otite moyenne suppurée, périostite chronique de la capsule du labyrinthe, otite sèche et scléreuse, chancre de la trompe d'Eustache, ostéo-périostite de l'apophyse mastoïde. Ces lésions sont souvent l'objet d'erreurs de diagnostic en particulier avec la tuberculose. L'importance clinique de la syphilis de l'oreille est donc considérable. Mais le traitement spécifique doit presque toujours être complété par le traitement local.

Evidemment C. rappelle l'existence de lésions blennorrhagiques du nez, de l'oreille et de la bouche, lésions qui sont fatalement méconnues si on ne recherche pas le gonocoque de Neisser.

A. F. PLICQUE.

Trois cas mortels de complications intra-crâniennes d'origine otique, par Moos, d'Heidelberg (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

1° Homme de 54 ans, ayant une otorrhée gauche depuis la première enfance. A la suite d'un refroidissement, est pris de douleurs vives dans l'oreille avec gonflement de l'apophyse. La trépanation permet de laver l'antre qui renferme des masses d'aspect caséeux ; malgré cela, il se produit des vomissements, de la prostration et des signes de pyosepticémie. A l'autopsie, thrombose des sinus transverse, semi-circulaire et pétreux inférieur.

2° Homme de 37 ans ; otite moyenne purulente depuis l'enfance. Cholestéatome de la cavité tympanique et de l'antre. Carie osseuse et paralysie faciale. Douleurs de tête très violentes et frissons répétés. A l'autopsie, thrombose des sinus et abcès cérébelleux.

3° Homme de 35 ans, ayant eu un abcès scarlatineux dans l'enfance. Huit jours avant la mort, est pris de douleurs vives dans la profondeur de l'oreille droite, sans aucun autre trouble que de l'insomnie et des frissons deux jours avant la mort : perte de conscience seulement pendant la dernière heure. A l'autopsie, abcès cérébral gros comme un œuf de poule à droite et abcès cérébelleux du côté sain. M. LS.

II. — *NEZ ET SINUS*

Le canal incisif et l'organe de Jacobson, par PAUL RAUGÉ. (*Arch. intern. de laryngologie.* Tome VII, n° 4, page 208, juillet-août 1894).

Après avoir donné une description très minutieuse de l'organe de Jacobson type, tel qu'il se présente chez le mouton, R. se demande quelles sont les parties de la cloison nasale dans lesquelles on peut retrouver l'analogie de cet organe chez l'homme. Or, non-seulement chez celui-ci, cet organe s'est atrophié au point que son identité est devenue impossible à établir, dernière étape involutive d'un organe destiné à disparaître, mais même dans la vie intra-utérine, pendant laquelle l'individu refait en quelques mois les étapes involutives que l'espèce a lentement parcourues, on ne trouve pas d'organe de Jacobson parfait, mais seulement une invagination de la muqueuse sur la signification de laquelle on doit être d'accord.

On a cependant cherché à retrouver chez l'homme adulte l'analogie de l'organe de Jacobson des ruminants ; on a voulu lui assimiler les os sous-vomériens ; or, ces os diffèrent absolument de l'organe de Jacobson, et par leur structure, et par leur forme, et par leur situation, et par leur origine ; ils sont, au contraire, les homologues naturels de l'apophyse médio-palatine qui divise le canal incisif du mouton.

R. pense que l'appareil de Jacobson, formé chez le mouton d'une gaîne ostéo-cartilagineuse contenant un cul-de-sac membraneux, est dissocié chez l'homme ; la gaîne, rudimentaire et atrophiée, est représentée par les noyaux cartilagineux accessoires décrits par Sappey au niveau du bord inférieur de la cloison, languettes elliptiques ayant même tissu, même situation, même forme que le corps de Jacobson ; et le sac membraneux se retrouve plus haut, au-dessus du bourrelet allongé formé par la saillie de ces petits noyaux, sous forme d'un étroit conduit, dont Potiquet a pu cathétériser l'orifice sur le vivant.

A la dissociation anatomique de l'appareil de Jacobson humain, correspond une dissociation parallèle de ses fonctions pathogéniques, qui intéresse les rhinologistes.

Les saillies horizontales allongées qu'on observe si fréquemment à la partie antéro-inférieure de la cloison, reconnaissent souvent pour cause la déviation ou l'hypertrophie de ces deux languettes cartilagineuses (Sandmann, Löwe, Onodi).

L'ulcère perforant d'Hajek serait, d'autre part, l'aboutissant d'un travail inflammatoire produit par la stagnation des poussières dans le cul-de-sac jacobsonien (Potiquet).

Quant au rôle de l'organe de Jacobson, aucune hypothèse, faite pour l'expliquer, n'a de base rigoureuse. Jacobson et Cuvier en faisaient le siège d'un sixième sens, destiné à percevoir les qualités toxiques des aliments et à permettre aux ruminants de distinguer, parmi les herbes, celles qui leur sont nuisibles ; hypothèse séduisante, mais très invraisemblable. Comme tant d'autres éléments en vue de régression philogénique, ce corps n'est sans doute que le souvenir affaibli d'un organe qui fut parfait à un âge indéterminé de la série atavique, mais qui s'est effacé peu à peu, à mesure que sa fonction a cessé d'être nécessaire. M. L.

Atrésie nasale, par W. Hanan Lœb. (*New-York med. journ.*, 15 décembre 1894).

L. rapporte un cas d'atrésie double des fosses nasales consécutives à la variole. La guérison fut obtenue par l'intervention opératoire. A F. PLICQUE.

Atrésie congénitale des choanes, par Dionisio (*Giornale dell acad. di medic. di Torino*, février 1895).

D. a pu relever 22 observations de sténoses ou d'occlusions congénitales des choanes soit osseuses, soit fibreuses. Il en rapporte un cas personnel avec lame fibreuse extrêmement épaisse. Des dilacérations répétées de cette lame améliorèrent considérablement la respiration nasale, l'état de la muqueuse pituitaire auparavant sèche et atrophiée, et surtout l'audition compromise par un catarrhe secondaire de l'oreille moyenne et le mauvais fonctionnement de la trompe d'Eustache. Il insiste sur la facilité avec laquelle ces malformations peuvent être, dans un examen superficiel, confondues avec des végétations adénoïdes. C'est à ce diagnostic qu'il avait d'abord songé dans sa propre observation et l'examen rhinoscopique présenta avant la dilacération, des difficultés extrêmes. A. F. PLICQUE.

Malformations du septum nasal, par L. Anderson (*New-York med. journ.*, 23 février 1895).

A. insiste sur la fréquence extrême des épines, irrégularités, déviations du septum nasal. On les rencontre dans 60 % des cas de catarrhe nasal. Ils ont beaucoup plus d'importance pour la production et l'entretien de ce catarrhe, qui atteint une personne sur quatre, que toutes les conditions climatériques. Le traitement chirurgical est le seul efficace et est suivi des meilleurs résultats. A. F. PLICQUE.

Occlusion nasale et cérébration, par A. Kuk (*New-York med. journ.*, 1894, p. 754).

K. rapporte trois observations tendant à montrer que les troubles de la cérébration, l'aprosexie signalée par Guye d'Amsterdam chez les enfants à la suite de lésions nasales, se rencontrent également et sont même plus prononcés chez les adultes. Dans les trois cas, la guérison complète des troubles cérébraux fut obtenue par le traitement local. A. F. PLICQUE.

Etude sur l'étiologie et la pathogénie du coryza caséeux, par M. Beausoleil (*Revue de laryngologie*, 15 décembre 1894 et 15 janvier 1895).

Après discussion des différentes théories émises, l'auteur n'admet pas l'entité de l'affection.

En effet, l'examen macroscopique n'a jamais montré que des lésions de pure inflammation : l'affection, toujours cantonnée à une fosse nasale, a guéri constamment aussitôt l'expulsion mécanique des masses caséeuses achevée ; donc, pas de processus morbide particulier.

L'affection diffère du vrai cholestéatome auriculaire (Cozzolino, Wagnier) par l'absence de membrane enveloppe et de toute récidive après intervention.

Cette rhinite rentre dans la symptomatologie de diverses affections nasales primitives : corps étrangers, syphilis, mais surtout obstruction, qu'elle ait pour siège les cornets ou la cloison, ou les deux à la fois ; ou bien encore se rattache à des suppurations des cavités annexes.

Les sécrétions et les produits de desquamation de la pituitaire, ne pouvant s'éliminer par étroitesse des voies naturelles, s'accumulent peu à peu ; les microbes de la suppuration et

surtout une grande bactérie filamenteuse décomposent ce magma en lui donnant sa consistance et son odeur particulières.

H. RIPAULT.

Rhinite atrophique et hypertrophique, par A. PICK (*New-York med. journ.*, 1894, p. 621).

Dans le traitement P. insiste sur l'importance des croûtes fétides, adhérentes à la muqueuse. Il préconise les applications stimulantes de teinture d'iode et de glycérine à parties égales, d'une solution de kéroline et ichtyol à deux ou cinq pour cent. Les pulvérisations dans la rhinite atrophique donnent de meilleurs résultats que les lavages. Si le traitement est énergique et surtout prolongé, la guérison devient la règle.

A. F. PLICQUE.

Perforations du septum nasal, par ADOLPHE RUPP (*Med. record*, 22 décembre 1894).

Affection assez rare. Les perforations du septum nasal n'ont été constatées que trois fois sur 493 malades atteints d'affections nasales. Une statistique plus complète portant sur 2100 malades ne donne que vingt perforations. Comme cause R. signale les malformations congénitales, les traumatismes, les lésions de voisinage (polypes, rhinolithes), la syphilis (importante),la tuberculose, le lupus, le rhumatisme (?) la diphtérie, les maladies infectieuses diverses. Le traitement ne peut être efficace qu'après avoir supprimé la cause. R. préconise surtout les cautérisations au nitrate acide de mercure, au nitrate d'argent, au galvano-cautère, appliquées avec ménagements, de façon à ne pas produire trop d'inflammation et surtout de destruction des parties saines de voisinage. Certaines perforations restent, quoi qu'on fasse, incurables.

A. F. PLICQUE.

Un symptôme peu connu du chancre de la pituitaire, par ROLLET et CHAPUIS (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 22, 15 septembre 1894).

« Un homme de 23 ans se présente avec un chancre en pleine évolution situé dans la narine droite, accompagné de tous les signes habituels. Le lendemain, une roséole se développait et confirmait le diagnostic.

Cette observation serait banale si elle ne mentionnait un symptôme utile à connaître, mais trop peu recherché du chancre de la pituitaire. C'est le gonflement des glandes lymphatiques avoisinant des deux côtés la grande corne de l'os hyoïde. D'où cette conclusion clinique: on doit pratiquer l'examen de ces deux ganglions, celui du ganglion préaxoïdien, et rechercher ces glandes dans les cas de chancre nasal, car leur existence possède une réelle valeur diagnostique. »

Un autre fait intéressant à noter dans cette observation, c'est que le malade s'était inoculé son chancre en maniant des objets de pansement servant à un syphilitique. Il présentait, au moment de l'inoculation, un peu d'impétigo de l'entrée des narines, et c'est en touchant son nez avec ses doigts malpropres qu'il s'était donné la syphilis. F. HELME.

Des affections nasales chez les écoliers, par MAXIMILIEN BRESGEN (*Münch. med. Wochenschr.*, n° 1, 1895).

L'auteur attire une fois de plus l'attention sur la très grande fréquence du coryza aigu et chronique chez les enfants ; ce dernier entraîne tout une série d'affections locales et générales par suite de l'oblitération partielle des narines, de la respiration buccale, de la création sur la pituitaire ulcérée de portes d'entrée pour toutes les maladies microbiennes. M. N. W.

Une nouvelle application de l'électricité à la rhinologie, trépanation et massage électriques, par le Dr F. HELME (*Médecine moderne*, n° 99, 12 décembre 1894).

Cet article a pour but de présenter au public médical français le tour électrique de Spiess de Francfort, construit par un ingénieur électricien de cette ville, M. Beez. S'adressant surtout aux praticiens, l'auteur a cru devoir, au début de son travail, expliquer les dangers de l'obstruction nasale et le rôle que joue cette obstruction dans la production de diverses affections chroniques du poumon. Puis vient la description de l'appareil, la technique de son emploi.

H. a employé, concurremment avec Lermoyez, le tour électrique, dans les crêtes osseuses ou cartilagineuses et les déviations de la cloison. Il l'a utilisé également, soit pour pratiquer le massage vibratoire de la muqueuse nasale ozène, soit pour vibrer le larynx. Il reconnaît que l'expérience est trop récente pour qu'on puisse se prononcer longuement. Cependant, il es-

time que, tel qu'il est, l'instrument pourra rendre les plus grands services. Utilisant, sous une forme nouvelle, l'électricité de plus en plus répandue dans nos demeures, il permet l'exécution facile, automatique en quelque sorte, de manœuvres que leurs difficultés ne rendaient accessibles qu'à un petit nombre de médecins.
M. L.

Traitement de l'hypertrophie nasale, par LUCAS CHAMPIONNIÈRE. (Académie de médecine, séance du 9 avril 1895).

L'auteur présente un malade atteint d'une hypertrophie considérable du nez, opéré par la méthode d'Ollier, c'est-à-dire, la décortication par le thermo-cautère, sans aucune tentative de restauration. La réparation, très satisfaisante, grâce à un pansement humide permanent, s'est faite aux dépens des parties voisines, qui ont été, en quelque sorte, attirées sur le nez. Il est important de ne pas entamer les narines et surtout la sous-cloison, dont la blessure modifierait la charpente nasale.
M. L.

Contribution à l'étude des suppurations du sinus frontal et en particulier de son traitement chirurgical, par LUC. (*Arch. intern. de laryngologie*. Tome VII, n° 4, page 187, juillet-août 1894).

Avec Jansen, L. s'appuyant sur trois cas personnels rapportés dans ce travail, admet que les cellules ethmoïdales antérieures participent presque toujours à la suppuration du sinus frontal. Quand, en cas d'empyème du sinus maxillaire, on voit du pus reparaître dans le méat moyen, immédiatement après le lavage de cette cavité, on peut presque à coup sûr diagnostiquer un empyème du sinus frontal ; et à supposer que le pus ne provienne alors que des cellules ethmoïdales, le meilleur moyen d'atteindre le foyer est encore d'ouvrir d'abord le sinus frontal. En effet, l'ouverture des cellules ethmoïdales est incertaine et dangereuse quand elle est pratiquée de bas en haut, à travers la cavité nasale, au moyen d'instruments qui menacent à la fois l'intérieur du crâne et le contenu de l'orbite. Et les tentatives de guérison d'un empyème, au moyen de lavages dirigés par la fosse nasale vers le canal naso-frontal, ne sont justifiées que dans le cas récent et quand la conformation nasale s'y prête sans nécessiter de manœuvres douloureuses pour le malade.

Au contraire, l'ouverture du sinus frontal au point le plus déclive de sa paroi antérieure, immédiatement au-dessus de la racine du nez, est une opération exempte de tout péril, à condition qu'elle soit exécutée avec la gouge et le maillet, et qu'après l'ablation de la première esquille, la paroi profonde soit garantie contre les dérapements possibles de la gouge au moyen d'un protecteur. Si les lésions sont anciennes, l'ouverture doit être large pour pouvoir pratiquer un curettage complet de toutes les fongosités et le faire suivre d'une cautérisation de toute l'étendue des surfaces suppurantes. L'auteur propose même d'augmenter considérablement les chances de guérison radicale, en supprimant la totalité de la paroi antérieure du sinus, et, par suite, sa cavité osseuse : il conseille d'y recourir surtout en cas d'exiguité du sinus, de façon à restreindre la défiguration consécutive. Dans tous les cas, l'ouverture du sinus frontal doit être suivi de celle des cellules ethmoïdales, et, du même coup, de la création d'une large brèche de communication entre le foyer fronto-ethmoïdal et la fosse nasale correspondante.

Une fois, le drainage du foyer assuré au moyen d'un gros drain introduit par la cavité nasale jusqu'au fond du sinus frontal, à travers la brèche sus-mentionnée, il y a intérêt à suturer immédiatement la plaie ; on diminue ainsi la durée du travail de réparation et on réduit au minimum la défiguration ultérieure. M. L.

Plaies du crâne par balles de revolver ; épistaxis à répétition ; ligature des deux carotides externes, rabattement du nez, et tamponnement des sinus sphénoïdaux par où se faisait l'hémorrhagie venant sans doute de la carotide interne droite. Guérison du blessé, par E. SCHWARTZ. (*Arch. intern. de laryngologie.* Tome VII, n° 4, page 228, juillet 1894).

V. M. se tire, le 7 juin 1893, deux coups de revolver. A l'entrée à l'hôpital, on constate au niveau de la région fronto-temporale droite deux orifices d'entrée produits par deux balles calibre 7. Strabisme interne et cécité complète de l'œil droit. Epistaxis abondante, mais qui s'est arrêtée spontanément. Pas de trouble cérébral appréciable. On s'abstient de rechercher les projectiles : les plaies sont guéries le 18 juin.

Vers le 15 juillet, épistaxis profuse, suivie de cinq autres, qui ont plongé le malade dans un état d'anémie très accentué. Ren-

tre à l'hôpital le 5 décembre 1893 : maux de tête continuels, sans phénomènes cérébraux, sans fièvre. Quelques jours après, une hémorrhagie formidable se produisit : du sang rutilant coulait à flots par les deux narines. Le 6 janvier, ligature de la carotide externe gauche. Le 17 janvier, nouvelle hémorrhagie par la narine droite, nécessitant la ligature de la carotide externe droite. Deux jours après, nouvelle épistaxis aussi formidable qu'au début ; il devient évident que le tronc artériel blessé dépend de la carotide interne. L'état général du malade devient si mauvais, que la mort est certaine si une nouvelle hémorrhagie se reproduit encore. S. se décide à aller directement à la recherche du foyer de l'hémorrhagie ; le 14 février, après avoir rabattu le nez suivant la méthode d'Ollier, il pénètre dans les deux sinus sphénoïdaux, pleins de sang coagulé, constate qu'ils communiquent entre eux, et les tamponne à la gaze iodoformée. 15 jours après, les mèches sont prudemment enlevées. Le malade sort guéri le 8 mars : depuis, les hémorrhagies nasales ne se sont pas reproduites.

S. suppose qu'il s'agit d'une blessure de la carotide interne, probablement après sa sortie du sinus caverneux droit, la blessure simultanée du nerf optique et du nerf moteur oculaire externe confirme ce diagnostic ; à ce niveau, la carotide interne, sise en arrière et en dedans de l'apophyse clinoïde antérieure, n'est séparée de la cavité du sinus sphénoïdal que par une mince lamelle osseuse. Il est de plus probable que la balle n'avait fait qu'une très petite plaie primitive, et que c'est secondairement, consécutivement à des phénomènes de nécrose que se sont produits les épistaxis si formidables. M. L.

III. — *BOUCHE ET PHARYNX*

Deux cas d'hémiatrophie de la langue, par G. Chiucini (*Il. Policlinico.* Vol. I-M, fasc. II, 1894).

Deux observations détaillées, accompagnées de figures.

Dans le premier cas, chez un homme de 25 ans, la cause de l'hémiatrophie n'a pu être trouvée, il paraît certain que la syphilis était absente, malgré une vie déréglée et divers accidents vénériens. Il y a cinq ans, cet homme fut, pendant quelque temps, sujet à des accès de mutisme subit et complet, se répé-

tant plusieurs fois par jour, durant 5 à 10 minutes ; il lui était alors impossible de proférer un son, il s'arrêtait court au milieu d'une phrase quoiqu'il sût fort bien le mot qu'il voulait dire et reprenait la parole aussi subitement. L'arsenic et des compresses froides sur la tête eurent raison de ces accidents en 15 à 20 jours. Beaucoup plus tard, il s'aperçut par hasard que sa langue était déviée à gauche, sans aucune gêne d'ailleurs. L'auteur constata une atrophie de la moitié gauche de la langue dans son tiers antérieur avec déviation du raphé à droite lorsque la langue est dans la bouche et déviation de la langue et de son raphé gauche sur la langue pendante ; le voile du palais légèrement dévié à gauche, la corde vocale gauche parétique et atteinte d'une cordite légère. Il n'y a aucun trouble fonctionnel, à part une diminution du goût.

Dans le second cas, l'hémiatrophie de la langue survint à la suite d'une blessure grave au côté gauche du cou qui avait évidemment intéressé le grand hypoglosse ; l'hémiparésie, des troubles graves de la parole s'installèrent aussitôt que la plaie fut guérie, au bout de 28 jours ; quatre mois plus tard, il n'y avait pas encore d'atrophie, mais elle était notable au bout de vingt mois ; le voile de palais, le larynx sont normaux, le goût peu altéré. Les troubles de la prononciation sont minutieusement étudiés. M. N. W.

Calcul de l'amygdale gauche, par R. Botey (*Arch. latinos de rinol. lar. otol.* Année VI, nº 50. page 33.)

L'auteur insiste sur la rareté des calculs amygdaliens : sur plus de cinq mille affections du pharynx, observés par lui depuis neuf ans, il n'en a rencontré qu'un cas.

Il s'agit d'un homme de 55 ans, éprouvant depuis deux ans des douleurs localisées au côté gauche de la gorge ; jamais d'amygdalites aiguës antérieurement ; le début a été progressif. L'amygdale gauche, volumineuse, présente en son milieu une fissure verticale demi-béante au fond de laquelle se reconnaît un corps dur : celui ci, après débridement au bistouri du tissu amygdalien, est facilement extrait avec une pince ; il est formé d'un calcul de phosphate de chaux de 19 millimètres sur 15. La loge occupée par ce calcul ne se combla qu'après grattage avec la curette de Trautmann et application de glycérine au sublimée à 1/25.

B. insiste sur les inconvénients qui résultent de la présence d'un calcul dans une région dangereuse comme la loge amygda-

lienne, à deux pas de la carotide interne et de la jugulaire dont elle n'est séparée que par le mince plan musculo-aponévrotique, qui forme le fond de cette cavité. Le calcul amygdalien est une « épée de Damoclès », constamment suspendue sur le pharynx du malade. M. L.

Les amygdalites aiguës et leurs formes, par le Prof. Massei (*Riforma medica*, nos 17 et 18, janvier 1895).

Deux leçons formant une monographie très complète sur ce sujet ; au point de vue de la classification, l'auteur adopte celle de M. Marfan, qui divise les angines en rouges, inflammatoires, et blanches, exsudatives avec leurs subdivisions, suivant les microorganismes qui les causent ; il insiste beaucoup sur l'insuffisance du diagnostic purement clinique, insuffisance qui a une importance pratique, thérapeutique, essentielle. Nous ne voyons d'ailleurs rien d'original à noter pour l'étiologie, ni pour les symptômes et le traitement. M. N. W.

Excision des amygdales au moyen de ciseaux, par A. Bliss, de Philadelphie (*Therap. gazette*, 15 mars 1895).

L'auteur décrit des ciseaux coudés à lames courtes et à branches solides dont il se sert pour enlever les amygdales. Il préfère opérer ses malades après éthérisation. Il enlève les amygdales par fragments et fait parfois plusieurs séances. Trois photographies sont adjointes à ce travail qui renferme aussi une revue statistique des cas d'hémorrhagie après l'amygdalotomie.

M. LS.

Hémorrhagie après la tonsillotomie, par Price-Brown (*Canadian practitioner*, 15 décembre 1894).

L'auteur rapporte en détail trois cas qu'il a observés lui-même et fait remarquer qu'il n'a jamais eu d'hémorrhagie sérieuse primitive ou secondaire. D'ailleurs, l'ancienne opinion que l'on peut blesser la carotide interne est aujourd'hui considérée comme fausse.

En réunissant les cas rapportés, l'auteur arrive à un total de 64, dont trois chez des enfants de 6, 8 et 10 ans. Dans les 61 cas d'adultes, l'hémorrhagie s'est toujours produite deux jours après l'ablation des amygdales d'où l'indication de garder les opérés en observation pendant au moins trente-six à quarante-huit heures. M. LS.

Traitement de la diphthérie, par Lennox Browne (*The medical press and circular*, 13 février 1895, n° 7).

Cette leçon est une revue des résultats obtenus jusqu'à présent par la sérumthérapie appliquée à la diphthérie. L'auteur insiste avec raison sur la difficulté qu'il y a à comparer entre elles les différentes statistiques ; on perd, en général, de vue que la mortalité par diphthérie a toujours été beaucoup plus faible en Angleterre qu'ailleurs ; à Paris, avant l'antitoxine, la mortalité moyenne était de 51,7 °/₀, tandis qu'elle était à Londres (North-Western Hospital) de 26, 4 °/₀ ; en soustrayant les décès survenus dans les 24 heures après l'admission, la mortalité tombe à 22,4 °/₀ et en rejetant les décès des 40 premières heures, à 17,86 °/₀. Après avoir décrit le mode de traitement, l'auteur examine les bons effets et aussi les inconvénients de l'antitoxine ; son expérience personnelle est d'accord avec celle de beaucoup d'auteurs : la tendance à la néphrite est accrue par l'antitoxine ; l'excrétion de l'urée est de beaucoup supérieure à celle que l'on observe en dehors de l'injection de sérum, il y a donc déjà certainement un surcroît de besogne pour le rein ; dans les cas de décès consécutifs au traitement nouveau il y avait de l'anurie.

La statistique personnelle de l'auteur est la suivante : 45 cas, dont 44 bactériologiquement vérifiés, 2 décès = 4, 4 °/₀. Dans les 24 jours précédant le traitement par l'antitoxine il y avait eu 50 cas, 17 décès = 34 °/₀. *Le traitement par le sérum n'a jamais été employé seul, mais toujours concurremment avec le traitement local et général antérieurement adopté*, ce que l'auteur considère comme la conduite rationnelle, quoique moins intéressante au point de vue expérimental. M. N. W.

Prophylaxie de la diphthérie par l'antitoxine. (*Arch. of pediatrics*, février 1895, p. 108).

Le pharynx de tous les enfants ayant été examiné à l'Asile infantile de New-York, on trouva le bacille de Löffler chez près de cent enfants bien portants ; tous les nouveaux cas de diphthérie se développèrent précisément chez ces enfants. Soixante d'entre eux furent alors isolés ; 30 reçurent matin et soir une douche naso-pharyngienne d'eau salée : il n'y eut pas de diphthérie sur ce nombre, 30 autres reçurent en plus une injection préventive de sérum de Behring (150 unités) ; un enfant de cette dernière série, garçon de 5 ans, fut atteint, cinq semaines après l'injection, de pneumonie lobaire, suivie de diphthérie. M. N. W.

La sérothorapie dans la diphthérie, par Egidi (*Bollet. delle malat. dell'orecch.*, janvier 1895).

L'auteur rapporte le résultat des observations qu'il a faites sur l'emploi du sérum antidiphthérique dans les hôpitaux de Paris. De cette étude, entièrement favorable à la sérothérapie, il conclut que : 1° le sérum doit être employé non-seulement comme moyen curatif, mais encore à titre prophylactique ; 2° le sérum ne guérit pas tous les cas de diphthérie ; les insuccès ne sont pas dûs cependant à son inefficacité, mais bien à l'association au bacille de Löffler de microbes divers, en particulier de streptocoques. Aussi le diagnostic bactériologique est-il nécessaire avant d'entreprendre les injections du sérum ; 3° dans les grands centres, les enfants atteints de diphthérie devront être réunis dans des pavillons spéciaux, non-seulement par raison d'hygiène, mais afin de fournir les éléments d'une vaste statistique. M. BOULAY.

Sténose syphilitique du pharynx, par Battle (*The medical press and circular*, n° 7, 1895, p. 165).

Le patient, âgé de 24 ans, est présenté à la Société clinique de Londres. A la suite d'une ulcération tertiaire du pharynx, il s'est constitué un rétrécissement cicatriciel à la partie inférieure du pharynx, à la hauteur de la base de la langue ; un cathéter n° 12 passait à peine, l'épiglotte avait disparu. Trachéotomie, puis incision de la cicatrice à l'aide de ciseaux et du bistouri, enfin dilatation progressive, que l'on est obligé de continuer de temps en temps, afin de combattre la tendance énorme à la rétraction du tissu cicatriciel ; en somme, l'état du patient est satisfaisant. Il est à noter qu'une lésion antérieure avait abouti à l'occlusion presque complète du naso-pharynx, de sorte que la bouche tendait à se transformer en un cul-de-sac. M. N. W.

Syphilides buco-pharyngiennes et abcès rétro-pharyngien, par P. Mermet (*Gazette des hôpitaux*, 12 mars 1895).

Observation très intéressante d'un malade entré à l'hôpital pour des accidents angineux et une tuméfaction unilatérale de la région cervicale, survenus quelques semaines après l'apparition d'un chancre syphilitique. M. insiste sur la rareté de ces abcès rétro-pharyngiens, consécutifs à des accidents syphiliti-

ques, et sur l'évolution un peu particulière de l'affection chez son malade. Le début a été insidieux, la marche presque apyrétique, et la durée assez longue : l'abcès a mis en effet quinze jours à se former et à se collecter. Fait remarquable, les lésions se sont réparées très rapidement, et quinze jours après l'incision, la guérison était complète. Comme traitement, M. recommande dans ces cas, l'ouverture par la voie cervicale.

G. LAURENS.

Des rapports de la tuberculose et de la diphtérie, par le Prof. LÉON REVILLOD de Genève (*La tuberculose*, 30 janvier 1895).

Dans une première partie de son travail, l'auteur tend à démontrer par sa statistique que la diphtérie frappe souvent les membres d'une même famille, à des années de distance, dans des lieux différents, de sorte qu'il ne saurait être question de contagion ; il s'agit bien d'une réceptivité particulière, d'une prédisposition familiale au contage diphtérique ; d'autre part, à Genève (comme Émile Feer l'a constaté aussi pour Bâle), la diphtérie est bien une maladie épidémique, mais presque pas contagieuse.

Dans la seconde partie de cet article, l'auteur soutient cette thèse, que la diphtérie et la tuberculose coexistent avec une grande fréquence dans les mêmes familles. Beaucoup d'auteurs ont déjà fait cette remarque, la tuberculose et la scrofule sont généralement considérées par les pédiatres comme favorisant le développement de la diphtérie ; l'auteur cite un certain nombre d'observations soit personnelles, soit recueillies dans la littérature à l'appui de cette manière de voir. M. N. W.

La diphtérie et son traitement par le sérum de Behring dans la ville de Foggia, par CARDONE (*Bollet. delle malat. dell' orecch.*, mars 1895).

L'auteur rapporte l'histoire de dix-huit cas de diphthérie, dans lesquels il a obtenu d'excellents résultats de la sérothérapie. Il recommande de commencer les injections du sérum aussi près que possibl du début de la maladie.

Exposé clinique général sur la diphthérie, les diphthériques et la sérothérapie, par V. COZZOLINO. (*Bollet. delle malat. dell'orecch.*, etc. février, 1895).

C. a consigné dans cette étude le résultat de ses observations,

sur le traitement de la diphthérie dans les hôpitaux de Berl in, de Prague, de Vienne, de Munich et de Graz. Il insiste sur l'innocuité du sérum de Behring, qui peut être administré impunément à forte dose, des éruptions ortiées sans gravité étant le seul accident à craindre. Des doses massives sont même préférables aux doses faibles et répétées. Il n'existe en effet pour le sérum, ni dose thérapeutique, ni dose toxique, comme on en distinguait jadis pour les médicaments antiseptiques, préconisés contre la diphthérie. Il ne faut donc pas craindre de sursaturer l'organisation d'antitoxique : si les jeunes enfants, traités par le sérum, guérissent, ainsi qu'on l'a remarqué, plus facilement que les grands, cela tient précisément à ce que, chez eux, les vertus immunissantes du sérum se concentrent, pour ainsi dire, sur une moindre masse de tissus.

L'injection de sérum doit être faite, non-seulement à dose suffisante, mais encore aussi près que possible du début de l'affection. C. n'a pas constaté un seul décès chez les enfants traités dès le premier ou le second jour. Aussi ne craint-il pas d'avancer qu'avec la sérothérapie, on ne meurt pas de diphthérie pure ; ce sont les infections secondaires qui mettent un obstacle à la guérison. Un traitement précoce prévient en outre le développement de paralysies, ou atténue ces dernières.

La sérothérapie de la diphtérie ne comporte aucune contr'indication. En ce qui concerne la trachéotomie et l'intubation, le traitement local et général à associer à la sérothérapie, l'examen bactériologique, etc., l'auteur n'apporte aucune notion nouvelle.

M. BOULAY.

Paralysie consécutive à une angine pseudo-membraneuse, reconnue non diphthéritique à l'examen bactériologique, par H. Bourges, (*Arch. de méd. expérimentale*, janvier 1895, p. 17).

Il s'agit d'un enfant qui, à la suite d'une angine pseudo-membraneuse, eut successivement des paralysies des muscles oculomoteurs, du voile du palais, des membres inférieurs. L'examen bactériologique des fausses membranes montra un streptocoque à faible virulence, ne cultivant pas sur pommes de terre, un gros coccus ne paraissant pas pathogène et un bacille ne prenant pas le Gram. B. attribue les paralysies et l'angine au streptocoque.

M. L.

Doit-on toujours opérer les végétations adénoïdes ? par HERMET. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n° 60, 20 décembre 1894.)

L'intention de l'auteur « n'est pas de faire son procès à l'opération des végétations adénoïdes, mais de montrer qu'on opère trop hâtivement. » Ce qui l'a engagé à faire ce travail, c'est qu'il a observé des enfants adénoïdiens manifestes chez lesquels il ne put intervenir pour une raison ou pour une autre et qui ne s'en portèrent pas plus mal. L'ablation était-elle donc toujours utile ? Pour s'en assurer, chaque fois qu'un enfant ne présentait pas un arrêt de développement, de l'inaptitude au travail, des maux de tête persistants, des accidents auriculaires, Hermet se cantonna désormais dans une prudente expectative, quitte à opérer si une des indications plus haut signalées apparaissait. C'est ainsi qu'il mit 103 malades en observation, sur lesquels il n'eut à pratiquer que 14 opérations. Cette prudence peut « exposer le malade à des accidents auriculaires ». Mais cette complication n'est souvent rien. En tous cas, elle n'est pas comparable aux graves dangers de l'ablation des adénoïdes ; c'est, dit l'auteur, la méningite, la mort par le brométbyle, les accidents cocaïniques mortels, les hémorrhagies. Enfin, voilà quelle est la pratique de M. Hermet. Il range les malades en deux catégories : 1° ceux à opérer sans retard ; 2° ceux chez lesquels on doit attendre. Dans cette dernière catégorie il range les enfants qui n'ont que des végétations peu volumineuses, une croissance normale, pas de céphalalgie, pas de troubles auditifs. A 18 ans, en tous cas, il n'opère plus, « les adénoïdes subissant à cet âge un travail de régression qui les empêche de devenir gênantes ou dangereuses. » Et dans ces conclusions il insiste de nouveau sur les dangers que présente l'opération des adénoïdes, « opération qui n'est pas inoffensive ». Il rappelle qu'il est des cas où il faut savoir s'abstenir, d'autres enfin où l'intervention chirurgicale doit être pratiquée avec une circonspection extrême. F. HELME.

IV. — *LARYNX ET TRACHÉE*

Absence de l'épiglotte, par TH. HUBBARD. (*New-York med. journ.*, 6 avril 1895.)

Cas de destruction complète de l'épiglotte qui se trouvait réduite à un moignon de un demi centimètre de large, sur un demi centimètre de long. La destruction était si complète qu'on songea

à une malformation congénitale. Les angles irréguliers rongés du moignon écartaient cette hypothèse. Le malade fut suivi plus de six mois sans modification locale notable, sans signe de tuberculose pulmonaire, au moins à marche rapide, de tuberculose laryngée. Aucun vestige de syphilis. La destruction de l'épiglotte semble finalement dépendre d'une tuberculose chronique ou d'un lupus.

A. F. PLICQUE.

Papillomes multiples du larynx, par L. Barajas (*Rev. de med. y chirurg. pract.*, 22 décembre 1894).

Enfant de neuf ans, chétive, atteinte depuis deux ans d'un enrouement progressif qui, peu à peu, aboutit à l'aphonie ; à cela se joignent des accidents dyspnéiques qui imposent l'intervention. Après cocaïnisation préalable, B. put voir le larynx presque totalement rempli par une tumeur rose pâle, d'aspect papillomateux, multilobée, s'insérant sur la corde vocale droite : la sténose glottique était encore augmentée par une tuméfaction inflammatoire de la muqueuse inter-aryténoïdienne. Grâce à l'anesthésie locale et avec des pinces construites spécialement pour le malade, B. put, dans une première séance, extraire par les voies naturelles une grosse partie de la tumeur, ce qui immédiatement soulagea la dyspnée : il fallut, dans l'espace d'un mois, deux autres interventions pour amener la guérison.

M. L.

Un cas de syphilis héréditaire tardive du larynx, par A. Sokolowski (*Arch. intern. de laryngologie*. Tome VII, n° 5, page 267, septembre-octobre, 1894).

On admet que les affections syphilitiques du larynx fournissent environ trois pour cent du total des maladies laryngées. S. considère cette proportion comme trop forte, car elle s'abaisse à un demi pour cent, s'il dépouille les observations de plus de sept mille malades venus à sa clinique. La syphilis héréditaire du larynx surtout, est d'une rareté excessive, ce qui fait l'intérêt de l'observation suivante.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, enrouée depuis six semaines. Cet enrouement, qui a débuté sans cause apparente, s'explique par des lésions ulcéreuses du larynx. Ces ulcérations, au premier abord, font penser à la tuberculose. Cependant, elles présentent plusieurs caractères qui portent à douter de l'exactitude de ce diagnostic : 1° la paroi postérieure du larynx est absolument intacte, fait rare dans l'histoire de la

tuberculose laryngée ; 2° les ulcérations, quoique occupant le bord libre de l'épiglotte, ne donnent lieu à aucune douleur pendant la phonation ni pendant la déglutition. De plus, absence de signes pulmonaires, de toux, d'expectoration, d'amaigrissement. Le père ayant déclaré avoir contracté la syphilis quelques années avant son mariage, S. institue un traitement par l'iodure de potassium, joint aux inhalations et badigeonnages laryngés de sublimé. En quelques semaines, les ulcérations se cicatrisent.

Il n'existe dans toute la littérature allemande qu'une douzaine de cas de ce genre. M. L.

Un cas compliqué de sténose laryngée d'origine nerveuse, par E. KRAUS (*Rev. de thérap. méd. chirurgicale*, 1895).

Observation d'une malade qui présentait à la fois une paralysie de la corde vocale droite, et une contracture, accompagnée de quelques mouvements spasmodiques de la corde vocale gauche ; d'où, aphonie et surtout accès de suffocation très inquiétants. La paralysie, post-diphthérique, resta ce qu'elle était ; mais la contracture guérit complètement sous l'influence de la suggestion hypnotique, et les troubles fonctionnels disparurent avec elle ; à la paralysie vocale s'associait donc un spasme purement nerveux. H. RIPAULT.

De l'herpès du larynx, par BRINDEL (*Revue de laryngologie*, 15 mars 1895).

L'affection, encore mal connue plutôt que rare, est une localisation isolée, plus souvent associée à d'autres manifestations de la fièvre herpétique.

Elle occupe la face laryngée de l'épiglotte et la région des aryténoïdes, rarement la région glottique ; se caractérise par des vésicules laissant après elles des ulcérations petites et superficielles, entourées d'une muqueuse très enflammée ; les symptômes généraux sont assez marqués ; la dysphagie douloureuse, les altérations vocales, une dyspnée légère sont les troubles fonctionnels ordinaires.

Le diagnostic avec toutes les laryngites aiguës est facile, mais par le laryngoscope seul.

Le début est brusque, la marche rapide ; la guérison s'obtient en deux à trois semaines ; mais les récidives sont à craindre.

Le traitement local est anodin ; s'abstenir de caustiques.

H. RIPAULT.

Un cas de laryngite aiguë intense, d'origine traumatique, par C. Compaired (*Revista de lar. otol. y rinol.* Tome X, n° 7, janvier 1895).

Un homme de 22 ans se présente atteint d'aphonie avec douleurs laryngiennes vives au moment des efforts d'émission vocale, en même temps que de dysphagie : abondante expectoration muco-purulente. Il fait remonter le début de ces accidents à quinze jours plus tôt : alors, étant en proie à un délire pneumonique, il avala une cuiller, qui ne tarda pas, d'ailleurs, à être extraite de l'œsophage, où elle occupait une situation où son manche, placé de champ et facilement enclavé, exerçait une pression intense sur la paroi postérieure du larynx. Le laryngoscope montre une épiglotte rouge et sectionnée en partie du côté gauche et une tuméfaction notable des cordes vocales inférieures et supérieures qui, partiellement confondues dans leur moitié antérieure, ne laissaient qu'un espace glottique extrêmement rétréci.

Le traitement consista, outre le repos total de l'organe vocal, en pulvérisations répétées trois à quatre fois par jour d'une solution mixte d'antipyrine à 1/300 et de cocaïne à 1/500 ; suivies plus tard de badigeonnages du larynx au nitrate d'argent. En raison de leur action ischémiante qui s'ajoute à leur effet sédatif, l'antipyrine et la cocaïne semblent, d'après C., très supérieures à la morphine que Schrötter recommande dans le traitement de la laryngite aiguë. M. L.

Traitement de la tuberculose laryngée, par W. Gleitsmann (*Med. record*, 6 avril 1895.)

G. cite la possibilité des guérisons spontanées, la possibilité surtout d'améliorations spontanées, faits importants pour apprécier la valeur exacte des différents moyens. Pour lui, l'acide lactique employé dès le début et non après échec d'une série d'autres agents reste le meilleur moyen. En cas d'infiltration les injections sous-muqueuses faites avec cinq gouttes de la solution à cinquante pour cent donnent, avec moins de douleur, presque autant de résultat que le curettage et l'ablation. C'est surtout en cas de gonflement des aryténoïdes avec dysphagie qu'elles réussissent. Elles ne seront en général faites que tous les dix jours environ après l'élimination de la large escharre qui leur succède. A. F. PLICQUE.

Traitement de la tuberculose laryngée par les applications et les injections sous-muqueuse de créosote, par WALTER F. CHAPPELL *N. Y. med. journ*, 30 mars 1895).

C. commence par discuter l'emploi de la curette, source de réinfections secondaires et qui doit être réservée pour la période ulcéreuse de la phtisie laryngée. L'usage de la cséosote à l'intérieur donne une amélioration, mais l'effet maximum est obtenu en employant, en même temps que l'administration interne, les applications et les injections sous-muqueuses de créosote. Avant l'application, le larynx sera badigeonné à la cocaïne. La proportion de créosote ne dépassera pas 8 gr. pour 30 gr. d'huile et même 4 gr. pour 30 en cas d'ulcération. Les applications faites au moyen d'une seringue intra-laryngée ou d'un tampon de coton ne seront faites que tous les trois ou quatre jours. Des applications trop fréquentes dessèchent et font gonfler la muqueuse laryngée. Après chaque application le malade évitera d'avaler et de tousser le plus longtemps possible. Les injections sous-muqueuses exigent un modèle de seringue spécial. C. rapporte sept observations où ce traitement a donné les meilleurs résultats. Non seulement il a amélioré la dysphagie, l'enrouement, la toux, il a fait disparaître d'autant plus complètement qu'il avait été commencé à une période plus précoce, les infiltrations et les hypertrophies. Des ulcérations tuberculeuses limitées et peu profondes y sont même certaines. Même à la période d'ulcération il produit une amélioration notable sur la toux, l'expectoration, la douleur, la fétidité des sécrétions. Combiné avec des conditions climatériques et hygiéniques favorables, le traitement par la créosote semble plus que tout autre susceptible d'amener la guérison des lésions laryngées et des lésions pulmonaires qui les accompagnent. A. F. PLICQUE.

L'excision du larynx, par C. POWERS et J. WHITE (*Med. record*, 23 mars 1895).

P. et W. rapportent six observations personnelles de laryngectomie : 1° laryngectomie partielle avec mort par récidive à la fin du cinquième mois pour un épithélioma ; 2° laryngectomie totale après une première opération endolaryngée, mort de récidive au bout d'un an ; 3° laryngectomie partielle avec mort de récidive après quatorze mois ; 4° laryngectomie partielle pour un sarcôme ; guérison parfaite maintenue après quatre ans. C'était

un sarcôme à petites cellules rondes ; l'ablation avait porté sur toute une moitié du larynx laissant seulement la grande corne du thyroïde ; 5° laryngectomie totale avec mort de récidive au bout de deux mois et demi (cancer) ; 6° laryngectomie partielle avec mort de pneumonie septique au quatrième jour. Ce travail analyse de plus 309 observations étrangères. Il y eut 101 de ces opérations donnant comme proportion 47 % dans les lar. totales, 27 % dans les laryngectomies partielles. Sur 180 laryngectomies totales, 72 malades succombent à l'opération, 51 moururent de récidive avant la fin de la 1re année, 11 survivaient sans récidive plus de trois ans et, dans trois cas, six et huit ans après l'opération. Sur 77 laryngectomies partielles 26 moururent moins de deux mois après l'opération, 7 survivaient sans récidive après trois ans. Même en cas de récidive l'opération semble encore utile pour diminuer les souffrances des malades. Le succès final semble dépendre avant tout de la période du diagnostic. Dans les cas douteux on doit avoir recours à la thyrotomie exploratrice. Mais, en résumé, l'opération donne la seule chance de guérison durable. La mortalité semble d'ailleurs moindre dans les observations récentes, surtout pour la laryngectomie totale. A. F. PLICQUE.

Un cas peu commun de diphthérie trachéale, par E. W. GOODALL (Clinical Society of London ; in *Brit. med. journ.*, 1895, p. 534).

Garçon de 4 ans, admis à l'hôpital pour de la diphthérie pharyngée. Au neuvième jour il expectora une fausse membrane trachéale et continua pendant huit jours à expulser des membranes de la trachée et des bronches ; il eut ensuite des paralysies oculaires, du voile du palais, des membres, et finit par se remettre. Le point intéressant réside dans l'absence de la dyspnée, qui s'explique par l'absence de la laryngite. L'auteur a observé la même chose dans trois autres cas, chez des enfants de 4 ans et chez une jeune fille de 18 ans. M. N. W.

Tubage dans la diphthérie. Dysphagie, par F. C. EVANS (Société clinique de Louisville. *Arch. of pediatrics*, février 1895, p. 129).

Laryngite diphthérique chez une fillette de 3 ans, croup, tubage ; pas de fausses membranes pharyngées ; diphthérie nasale.

L'enfant refusait absolument toute nourriture, ni la force ni

la douceur n'arrivaient à lui faire avaler quoi que ce soit ; elle gardait le liquide dans sa bouche pour le cracher aussitôt qu'elle ne se croyait plus observée. On eut recours avec succès au gavage, continué pendant les six jours du tubage et un jour ou deux après ; guérison. L'enfant était gavée par la bouche. Dans la discussion qui suit cette communication, quelques membres de la société conseillent de passer plutôt la sonde œsophagienne par le nez ; il est vrai que cette voie n'admet que des sondes de fort petit calibre. M. N. W.

Thyrotomie pour sarcome du larynx, par H. S. Birkett (*New-York med. journ.*, 1894, p. 619).

Ce sarcome s'était développé au-dessous de la glotte, contre les cordes vocales, entraînant une dyspnée qui nécessita la trachéotomie. La thyréotomie fut retardée, la malade étant enceinte et presque à terme, jusqu'à l'accouchement. Après l'accouchement, il y eut une diminution marquée de volume et de la congestion du sarcome. La thyrotomie, faite trois semaines après les couches, permit l'ablation facile du sarcome dont le pédicule fut ensuite cautérisé à l'acide chromique. L'examen histologique montra un sarcome à cellules fusiformes. Pas de récidive au bout de quatre mois. A. F. PLICQUE.

V. — *ŒSOPHAGE, CORPS THYROIDE, etc.*

Effets de la thyroïdectomie chez les serpents, par Cristiani (*Bulletin de la société de biologie*, 1895, p. 22).

L'auteur relate les résultats de 22 expériences seulement ; les autres n'ayant pas été accomplies avec autant de succès, il n'en tient pas compte : les animaux ont eu moins de vivacité dans leurs mouvements, quelques-uns ont eu de véritables convulsions, la mort a été généralement assez rapide, en quelques jours le plus souvent. A. G.

Myxœdème infantile. Traitement thyroïdien, par M. Lebreton (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 2 janvier 1895. page 965).

L. présente un malade âgé de 13 ans, qui vers l'âge de 3 ans, présenta les premiers signes de torpeur intellectuelle et de dé-

veloppement myxœdémateux. Avant le début du traitement il offrait tous les symptômes du myxœdème ; pas de corps thyroïde. On lui fait prendre un lobe de corps thyroïde par jour avec recommandation de le faire frire légèrement au beurre. Dès le deuxième jour, agitation durant seulement quelques heures après le repas. Quinze jours après le début du traitement, l'enfant est méconnaissable : actuellement,l'infiltration myxœdémamateuse a disparu, la seconde dentition se fait régulièrement ; l'enfant a beaucoup grandi. La guérison persiste à condition que l'enfant prenne tous les jours un lobe de corps thyroïde.

M. L.

Un cas type de myxœdème congénital au début du traitement thyroïdien, par E. Régis (*Mercredi médical*, 23 janvier 1895).

Il s'agit d'une jeune malade de 13 ans présentant l'aspect, l'attitude et tous les attributs caractéristiques du myxœdème infantile ou congénital, qui est soumise au traitement spécifique à l'aide de pastilles de thyroïdine. Chaque pastille est dosée à vingt centigrammes de suc pur et la malade en prend une par jour. L'auteur insiste sur l'effet rapide et actif de cette médication thyroïdienne qui, d'une part, a provoqué quelques accidents : fièvre, agitation, vertiges, tachychardie, insomnie et d'autre part a amené une amélioration notable au bout de quelques jours. L'aspect est moins bouffi, le pouls meilleur, le taux de l'urine plus élevé, l'activité intellectuelle et mentale moins déprimée. Régis recommande : 1° de ne recourir qu'à une préparation thyroïdienne exactement dosée et de débuter par des quantités minimes, de façon à éviter des accidents sérieux ; 2° de surveiller de très près l'emploi et les effets du médicament.

G. LAURENS.

La médication thyroïdienne, par G. Lyon (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 30 mars 1895).

Cette médication est employée : 1° dans le myxœdème ; 2° contre les goîtres simples et même exophtalmiques ; 3° contre diverses affections : dermatoses, syphilides, obésité.

Le but de la médication dans le myxœdème et de restituer à l'économie les éléments thyroïdiens qui lui manquent, et divers procédés ont été proposés. Tout d'abord, on a pratiqué des greffes animales : les malades ont été améliorés, mais les résultats ont été incomplets et temporaires, quand la partie du corps

thyroïde greffée est résorbée, le malade retombe dans l'état où il se trouvait avant l'opération. On a cherché alors à faire pénétrer le suc thyroïdien dans l'organisme par une autre voie et on a eu recours aux injections hypodermiques. Ici encore l'amélioration était passagère, l'action transitoire. On fut donc conduit à employer le corps thyroïde en nature, administré par la bouche ; cette méthode par ingestion est la plus recommandable, la plus pratique, et agit beaucoup plus efficacement que les autres. On emploie : ou la glande fraîche et l'on prescrit un lobe à prendre chaque jour, ou la poudre de glande thyroïde desséchée, en tablettes ou en pilules.

L'action du traitement est immédiate et l'on observe une amélioration, quelquefois dès le lendemain du jour où il a été institué, mais le plus ordinairement au bout de deux ou trois jours. L'infiltration œdémateuse des téguments disparaît peu à peu, le poids du corps diminue, les troubles trophiques cutanés s'atténuent, la température se relève, le nombre des hématies et des leucocytes augmente ; en outre, des modifications importantes d'ordre psychique se produisent rapidement : les facultés intellectuelles se développent, la torpeur diminue, etc. Cette amélioration progressive se fait en quinze jours ou trois semaines, puis elle se maintient et dure pour ainsi dire indéfiniment à condition que le malade continue son traitement. Cette médication n'est cependant pas exempte de dangers, alors même que les doses d'extrait thyroïdien absorbées sont relativement faibles, et quelques auteurs ont signalé des accidents mortels. Comme effets toxiques on a observé surtout de la tachychardie, quelquefois des pertes de connaissance, de l'agitation, des douleurs, des spasmes, des crises épileptiformes, des phénomènes hystériques, des troubles digestifs, urinaires, cutanés, etc. Tous ces effets de la thyroïdisation n'ont pas seulement été observés en clinique, mais ils ont été constatés expérimentalement ; il faut donc employer cette médication prudemment, la surveiller de près et la suspendre à la moindre alerte.

Appliquée au traitement des goîtres, la médication thyroïdienne a donné des résultats satisfaisants, surtout dans les goîtres simples ; mais son action est beaucoup plus problématique dans les goîtres ayant subi la dégénérescence kystique ou colloïde, et surtout dans le goître exophtalmique.

G. LAURENS.

Opération du goître, par Roux (de Lausanne) (Congrès francais de chirurgie, novembre 1894).

L'auteur condamne les injections interstitielles, il ne reconnaît que l'intervention au bistouri. Sur 292 opérés, il a eu une mortalité de 1,36 %. Il tire les indications opératoires de la gêne respiratoire, des troubles de la voix avec ou sans cornage, de la difficulté de la déglutition, des troubles cardiaques. 104 fois, il a pratiqué l'ablation par la méthode de Kocher et 73 fois l'énucléation par le procédé de Socin ; dans l'immense majorité des cas l'anesthésie locale lui a suffi. Jamais il n'a observé de myxœdème opératoire.

G. LAURENS.

Un cas d'exothyropexie pour un goître suffocant, par H. Hartmann. (*Mercredi médical*, 13 mars 1895).

Il s'agit d'une femme présentant depuis longtemps un goître très volumineux, occupant toute la face antérieure du cou et s'enfonçant à la partie inférieure sous la fourchette sternale. Cette malade fut prise très rapidement de dyspnée extrêmement intense avec cornage et tirage sus et sous-sternal dus à une augmentation de volume de son goître et aussi à une poussée aiguë de bronchite. La trachéotomie étant impossible, Hartmann fit une incision sur la ligne médiane antérieure du cou, décolla rapidement le goître et le luxa facilement au dehors ; un pansement à la gaze iodorformée fut ensuite placé sur la plaie. Immédiatement après la luxation du goître, le cornage cessa, tout alla bien les premiers jours : disparition de la dyspnée, abaissement de la température, mais bientôt la malade fit une pneumonie droite à laquelle elle succomba.

Comme le fait remarquer l'auteur, la mort est due à la continuation des accidents pulmonaires antérieurs à l'opération. Dans les cas de goîtres diffus, suffocants, il préconise l'exothyropexie qui est une opération simple, peu grave, fait disparaître instantanément les accidents de suffocation et est beaucoup moins dangereuse que la trachéotomie ou l'ablation.

G. LAURENS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMÉRIQUE

Pharynx et Varia.

W. D. Booker. Un cas de diphthérie combiné avec la rougeole et la petite vérole volante (*Arch. of pediatrics*, mai 1893).

Ch. E. Jones. Un cas de carcinôme encéphaloïde du pharynx et de l'œsophage (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril 1893).

L. Duncan Bulkley. Notes cliniques sur le chancre de l'amygdale avec analyse de 16 cas (*N. Y. med. rec.*, 27 mai 1893).

M. Allen Starr. Contribution à l'étude du myxœdème. Observations de trois cas traités avec succès par l'extrait thyroïdien (*N. Y. med. rec.*, 10 juin 1893).

G. W. Crary. Un cas de myxœdème traité par l'extrait thyroïdien administré par l'estomac; et description du mode de préparation de l'extrait (*N. Y. med. rec.*, 17 juin 1893).

M. V. Vinton. Fréquence des affections de la gorge chez les enfants des Ecoles de New-York (*N. Y. med. rec.*, 17 juin 1893).

J. A. Wyeth. Avancement d'une portion du maxillaire supérieur dans des cas de bec de lièvre, avec ouverture antérieure de la voûte palatine pour corriger la déformation des ailes du nez (*N. Y. med. rec.*, 24 juin 1893).

H. Hoyle Butts. Un nouvel instrument pour arrêter l'hémorrhagie tonsillaire (*N. Y. med. rec.*, 1er juillet 1893).

J. B. Murfree. Diphthérie (Amer. med. ass. Milwaukee, 8 juin; in *N. Y. med. rec.*, 1er juillet 1893).

M. P. Hatfield. La mortalité par la diphthérie en 1893 (Amer. pediatric soc.; in *N. Y. med. journ.*, 1er juillet 1893).

J. Lewis Smith. Valeur du peroxyde d'hydrogène dans la diphthérie (Amer. pediatric soc.; in *N. Y. med. journ.*, 1er juillet 1893).

Griffith, Forchheimer, Osler, H. Dwight, Chapin. Coqueluche (Amer. pediatric soc.; in *N. Y. med. journ.*, 1er juillet 1893).

J. S. Haynes. Ozone dans le traitement de la diphthérie. Sept observations (*N. Y. med. journ.*, 15 juillet 1893).

Cheatham. Mycosis leptothrix des amygdales, du pharynx et de la base de la langue (*Amer. pract. and news*, 20 mai 1893).

Hemenway. Traitement local de l'amygdalite folliculaire (*Amer. Lancet*, juin 1893).

Graham Tull. Série remarquable de 33 cas de diphthérie traités par l'acide tartrique corrosif sublimé (*Saint-Louis, med. review*, 15 juillet 1893).

J. J. Putnam. Cas de myxœdème et d'acromégalie traités avec succès par la glande thyroïde de mouton. Observations récentes concernant la pathogénie de la cachexie consécutive à l'affection thyroïdienne; relations cliniques de la maladie de Graves et de l'acromégalie (*Amer. journ. of med. sciences*, août 1893).

C. J. Foote. Un cas de stomatite gangréneuse, avec examen bactériologique (*Amer. journ. of med. sciences*, août 1893))

G. E. Crawford. Diphthérie (*N. Y. med. journ.*, 22 juillet 1893).

E. D. Brown. Un cas de myxœdème traité pendant trois mois et demi par la glande thyroïde (*N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

R. H. M. Dawbarn. Hémorrhagie tonsillaire (*N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

J. Lewis Smith. Valeur du peroxyde d'hydrogène dans la diphthérie (*Arch. of pediatrics*, août 1893).

H. E. Tuley. Croup membraneux ou diphthérie (*Arch. of pediatrics*, août 1893).

A. Jacobi. Stomatite (*Arch. of pediatrics*, août 1893).

D. G. Woodvine. Nouvelles idées sur le traitement du rétrécissement de l'œsophage (*Journ. of opht. otol. and lar.*, juillet 1893).

Beverley Robinson. Prophylaxie et traitement de la diphthérie (*N. Y. med. journ.*, 5 août 1893).

W. G. Thompson. Observation d'un cas de myxœdème (*N. Y. med. rec.*, 5 août 1893).

W. C. Krauss. Observation d'un cas de myxœdème (Amer. neurol. assoc. 27 juillet; in *N. Y. med. rec.*, 12 août 1893).

Roswell Park. Sarcôme primitif de l'amygdale. Deux cas de pharyngotomie externe (*N. Y. med. rec.*, 26 août 1893).

A. Rose. Bleu de méthylène comme remède contre la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 26 août 1893).

Price Brown. Rétrécissement organique de l'œsophage (*N. Y. med. journ.*, 26 août 1893).

J. Dunn. Un cas de sarcôme de l'amygdale (*N. Y. med. journ.*, 19 août 1893).

J. Rosenstirn. Lipômes de la langue, lipômes multiples symétriques et leur étiologie (*N. Y. med. rec.*, 23 septembre 1893).

E. Laplace. Gastrostomie dans le rétrécissement œsophagien (Sect. of surgery of the Pan Amer. med. congress, Washington, 7 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 16 septembre 1893).

W. P. Northrup. Des soins de la gorge et des oreilles chez les enfants (*Arch. of pediatrics*, octobre 1893).

A. D. Rockwell. Traitement du goître exophtalmique basé sur 55 observations consécutives (*N. Y. med. rec*, 30 septembre 1893).

F. W. Koehler. Prophylaxie de la diphthérie vraie ou fausse (*N. Y. med. rec*, 30 septembre 1893).

F. P. Kinnicutt. Myxœdème. Fonctions de la glande thyroïde et méthode actuelle de traitement de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 8 octobre 1893).

J. T. de Mund. Traitement abortif de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 7 octobre 1893).

P. H. Bryce. Influence des écoles sur le développement de la diphthérie (Section of hygiene of the Pan Amer. med. congress, Washington, 6 septembre ; in *N. Y. med. rec.*, 7 octobre 1893).

L. C. Lane. Traitement de l'épithélioma de la langue (Section of surgery of the Pan Amer. med. congress ; in *N. Y. med. journ.*, 14 octobre 1893).

J. R. Culkin. Question de la violence mécanique dans le traitement de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 14 octobre 1893).

W. K. Simpson. Un cas de sarcôme du voile du palais démontrant la dégénérescence d'une tumeur bénigne (papillôme) en tumeur maligne. Ablation du voile du palais. Mort. (*N. Y. med. journ.*, 28 octobre 1893).

W. Osler. Crétinisme sporadique en Amérique (*Amer. journ. of med. sciences*, novembre 1893).

F. H. Williams. Diphthérie et autres affections membraneuses de la gorge (*Amer. journ. of med. sciences*, novembre 1893).

W. T. Councilman. Pathologie et diagnostic de la diphthérie (*Amer. journ. of med. sciences*, novembre 1893).

E. Mayer. Un cas de rétrécissement congénital de l'œsophage (*Amer. journ., of med. sciences*, novembre 1893).

T. A. de Blois. Le cautère dans la staphylotomie (*N. Y. med. journ.*, 21 octobre 1893).

J. C. Culberston. Diagnostic spécifique de la diphthérie (Mississippi Valley med. ass. ; in *N. Y. med. journ,*. 21 octobre 1893).

Clinton Wagner. Un cas de glossite idiopathique aiguë (*N. Y. med. rec.*, 21 octobre 1893).

J. M. Batten. Traitement de la diphthérie (*Journ. amer. med. assoc.*, p. 406, 1893).

W. S. Tingley. Deux cas de diphthérie avec complications (*Cincinnati Lancet clinic.*, p. 317, 1893).

Applegate. 28 cas de diphthérie avec 11 décès dus à du lait infecté (*Med. news*, 26 août 1893).

J. S. Pyle. Observation d'un cas intéressant de dégénérescence kystique des glandes thyroïdes (*N. Y. med. rec.*, 4 novembre 1893).

W. A. Galloway. Traitement donnant une faible mortalité dans des cas de diphthérie dans la pratique hospitalière et privée (Mississippi Valley med. ass., in *N. Y. med. rec.*, 11 novembre 1893).

Clinton Wagner. Observations de calculs salivaires (*N. Y. med. journ.*, 11 novembre 1893).

M. Thorner. Pharyngite aiguë (Burnett's system of Diseases of the Ear, nose and Throat, Philadelphie, 1893).

Parker Syms. Epithélioma de la langue (Soc. of the Alumni of Bellevue hospital, 1er novembre ; in *N. Y. med. journ.*, 9 décembre 1893).

H. D. Niles. Gastrostomie dans les rétrécissements de l'œsophage (*N. Y. med. rec.*, 2 décembre 1893).

G. W. Crary. Myxœdème acquis et congénital, et emploi de l'extrait thyroïdien (N. Y. acad. of med, 16 novembre ; in *N. Y. med. rec.*, 2 décembre 1893).

Allen Starr. Projections de photographies de cas de myxœdème (N. Y. acad. of med., 16 novembre ; in *N. Y. med. rec.*, 2 décembre 1893).

G. H. Quay. Mycosis lingual (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, octobre 1893).

C. G. Fellows. Causes éloignées du catarrhe pharyngien (*Journ. of ophth. otol. and. lar.*, octobre 1893).

W. C. Townes. Pathologie et traitement du goître (Tri State med. soc. of Alabama, Georgia and Tennesse; in Weekly *Med. review*, 9 décembre 1893).

Harrison Allen. Remarques sur les anomalies congénitales de la face, avec présentation d'une forme rare de fente palatine (*N. Y. med. journ.*, 23 décembre 1893).

L. Landes. Traitement de la diphthérie par l'eucalyptus (*N. Y. med. rec.*, 16 décembre 1893).

R. B. Kimball. Un cas de myxœdème à forme inusitée. Guérison rapide (*N. Y. med. rec.*, 23 décembre 1893).

W. H. Daly. Traitement de la diphthérie par le calomel (*N. Y. med. rec.*, 23 décembre 1893).

W. T. Cathell. Etude sur les effets du tabac sur la gorge et le nez (Med. and chir. faculty of Maryland, 22 novembre; in *N. Y. med. rec.*, 9 décembre 1893).

L. Fischer. La stomatite diphthéritique peut-elle causer par infection la mastite diphthéritique chez un enfant en nourrice (*Arch. of pediatrics*, janvier 1894).

C. F. Durand. Traitement de la diphthérie (*Arch. of pediatrics*, janvier 1894).

H. M. Thomas. Pharyngo-mycose (*N. Y. med. rec.*, 6 janvier 1894).

Givens. Inflammations chroniques de l'amygdale (*Amer. pract. and news*, 30 décembre 1893).

W. F. Chappell. Deux cas de chancre de l'amygdale (*N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

F. Cohn. Eclairage modifié (N. Y. Acad. of med. sect. of lar. and rhin., 27 décembre 1893 ; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

J. Mount Bleyer. Appareil électrique (N. Y. Acad. of med. sect. of lar. and rhin., 28 décembre 1893 ; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

E. Mayer. Traitement de la pharyngite granuleuse (N. Y. Acad. of med. sect. of lar. and rhin. 27 décembre 1893 ; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

W. H. Park. Les bactéries de la gorge de l'homme et leurs relations avec les angines aiguës (N. Y. Acad. of med. sect. of lar. and rhin., 27 décembre 1893 ; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

T. E. Satterthwaite. Pathologie de la diphthérie (Med. soc. of the state of New-York, 6 février, in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

A. W. Suiter. Observations sur le diagnostic et sur quelques aspects de la diphthérie (Med. soc. of the state of New-York, 6 février ; in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

W. H. Daly. Diphthérie et croup, leur unité ou dualisme (Med. soc. of the state of New-York, 6 février ; in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

E. F. Brush. Traitement général de la diphthérie (Med. soc. of the state of New-York, 6 février ; in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

H. de V. Pratt. Emploi de l'émétique tartrique dans la diphthérie (Med. soc. of the state of New-York, 6 février ; in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

Clinton Wagner. Sarcôme de l'amygdale chez un malade de 89 ans. Opération Guérison. (*N. Y. med. rec.*, 3 février 1894).

T. R. Chambers. Le whisky n'est pas essentiel dans le traitement de la diphthérie (*Arch. of pediatrics*, mars 1894).

W. R. Townsend. Paralysie diphthéritique des muscles du cou (Soc. of the alumni of Bellevue hosp., 3 janvier ; in *N. Y. med. journ.*, 24 février 1894).

E. B. Bayliss. Traitement local de la toux chronique (*N. Y. med. rec.*, 24 février 1894).

J. Oscoe Chase. Adhérences syphilitiques congénitales envahissant le palais, le septum, le naso-pharynx, la paroi pharyngée postérieure, le pharynx, l'épiglotte et le larynx (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, janvier 1894).

S. C. Delap. Traitement de l'hypertrophie tonsillaire (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, janvier 1894).

Asch. Epithélioma de l'amydgale (*N. Y. eye and ear infirm. reporter*, janvier 1894).

Dabney. Electro-puncture pour la réduction de l'amygdale hypertrophiée (*med. and surg. reporter*, 3 février 1894).

Dorland. Statistique des affections des amygdales chez les enfants (*Virginia med. Monthly*, janvier 1894).

Mayer. Traitement de la pharyngite folliculaire (*N. Y. eye and ear infirm. reporter*, janvier 1894).

A. Jacobi. Traitement local de la diphthérie (*Therap. gazette*, 15 mars 1894).

H. Koplik. Diphthérie lacunaire aiguë des amygdales, avec études sur la relation de la diphthérie vraie et de la diphthérie pseudo-bacillaire (*N. Y. med. journ.*, 10 mars 1894).

J. A. Larrabee. Diphthérie (*N. Y. med. journ.*, 17 mars 1894).

S. Solis Cohen. Un cas de diphthérie précédé de symptômes inusités (*N. Y. med. journ.*, 17 mars 1894).

A. Weber. Notes sur le traitement de la diphthérie (*New Orleans med. and surg. journ.*, février 1894).

J. A. Booth. Goître exophthalmique ; thyroïdectomie (N. Y. neurol. soc. 6 mars ; in *N. Y. med. journ.*, 24 mars 1894).

Warren Coleman. Epithélioma de l'amygdale (N. Y. pathol. soc., 13 décembre 1893 ; in *N. Y. med. rec.*, 31 mars 1894).

J. K. Krook. Leçon sur le goître exopthalmique (maladie de Graves ou de Basedow in *N. Y. med. journ.*, 7 avril 1894).

W. J. Mayo. Rétrécissement de l'œsophage. Division et dilatation après la gastrostomie et l'œsophagotomie (*N. Y. med. journ.*, 7 avril 1894).

H. Lilienthal. Méthode de diagnostic différentiel de sténose œsophagienne ; deux observations (*N. Y. med. journ.*, 21 avril 1894).

W. F. Chappell. Bactériologie de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 14 avril 1894).

R. Winslow. Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel du pharynx (Clin. soc. of Maryland, 16 mars ; in *New Orleans med. and surg. journ.*, avril 1894).

H. W. Berg. Causes, pathologie et symptômes des abcès rétro-pharyngiens (*N. Y. med. rec.*, 28 avril 1894).

C. Beck. Excision partielle de l'os hyoïde pour une fistule (N. Y. acad. of med., 27 février ; in *N. Y. med. rec.*, 28 avril 1894).

G. W. Crary. Myxœdème aigu et congénital et emploi de l'extrait thyroïdien (*Amer. journ. of med. sciences*, mai 1894).

Whitfield Ward. Ablation des amygdales (*Med. news*, p. 169, 1894).

C. C. Rice. Corps étranger du pharynx (*Arch. of pediatrics*, mai 1894).

W. C. Cole. Un cas de diphthérie chez l'enfant, transmise par un poulet (*Arch. of pediatrics*, mai 1894).

H. D. Hamilton. Anomalies congénitales symétriques des piliers antérieurs du pharynx (*N. Y. med. journ.*, 5 mai 1894).

L. A. Bull. Cancer de l'œsophage (*Journ. of ophtalm. otol. and lar.*, avril 1894).

E. W. Brickley. Lupus vulgaire (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, avril 1894).

A. Rupp. Arêtes de poisson dans la gorge, et ce qu'elles provoquent lors de la déglutition (*N. Y. med. journ.*, 19 mai 1894).

Dwight L. Hubbard. Instrument empêchant la pénétration du sang dans le larynx pendant les opérations sur la gorge et la bouche qui réclament l'anesthésie (*N. Y. med. journ.*, 9 juin 1894).

Fletcher Ingals. Maladies de la poitrine, de la gorge et du nez, comprenant le diagnóstic physique et les affections des poumons, du cœur et de l'aorte, la laryngologie et les maladies du pharynx, du larynx, du nez, de la glande thyroïde et de l'œsophage (2e édition revue et augmentée, un volume in-8° de 700 pages, W. Wood and C°, éditeurs, New-York, 1894).

C. C. Rice. Pharyngite folliculaire chronique (*Arch. of pediatrics*, juin 1894).

S. Ayres. Myxœdème traité par la glande thyroïde du mouton (Amer. neurol. ass. Washington, 30 mai ; in *N. Y. med. rec.*, 16 juin 1894).

J. A. Booth. La théorie thyroïdienne dans la maladie de Graves. Deux cas traités par la thyroïdectomie (Amer. neurol. ass. Washington, 30 mai ; in *N. Y. med. rec.*, 16 juin 1894).

W. L. Glasgow. Pharyngite exsudative (16e Congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 1er juin ; in *N. Y. med. journ.*, 27 octobre 1894).

A. W. Watson. Sarcôme de l'amygdale (16e Congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 1er juin 1894).

E. F. Ingals. Mycose du pharynx et de l'amygdale (16e Congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 1er juin 1894).

H. L. Wagner. Contribution à l'étude de l'étiologie des affections rhumatismales dues aux maladies de l'amygdale (16e Congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 1er juin ; in *N. Y. med. journ.*, 27 octobre 1894).

W. F. Chappell. I. Deux cas d'hypertrophie congénitale de la langue. II. Un cas de tuberculose de la glande thyroïde (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

D. L. Hubbard. Remarques sur [illegible] et [illegible]-cancer (*Manhattan eye and ear hospital reports*, juillet 1894).

J. F. McKernon. Un cas de [illegible] consécutif à l'adénectomie (*Manhattan eye and ear hospital reports*, juillet 1894).

J. A. Booth. Quelques notes cliniques sur un cas de goitre [illegible] (*Manhattan eye and ear hospital reports*, juillet 1894).

W. P. Northrup. Myxœdème infantile (Amer. Pediatric. soc., 1er juin; in *N. Y. med. rec.*, 21 juillet 1894).

Osler. Traitement [illegible] du myxœdème infantile (Amer. Pediatric. soc., 1er juin; in *N. Y. med. rec.*, 21 juillet 1894).

J. Dunn. Un cas de mycosis de l'amygdale pharyngée (*N. Y. med. journ.*, 28 juillet 1894).

A. E. Lamphear. Kyste de l'amygdale pharyngée (*N. Y. med. rec.*, 4 août 1894).

E. K. Dunham. Sarcome lingual (N. Y. pathol. soc., 14 février; in *N. Y. med. rec.*, 4 août 1894).

C. C. Rice. Un cas de pharyngite linguale (*Arch. of pediatrics*, août 1894).

H. Power. Goître exophthalmique (N. Y. pathol. soc., 28 février; in *N. Y. med. rec.*, 11 août 1894).

C. E. Bean. Mycose tonsillaire (*N. Y. med. journ.*, 18 août 1894).

S. Goldstein. Un nouvel uvulotome (*N. Y. med. rec.*, 8 septembre 1894).

A. Caillé. Amygdalotomie suivie de diphthérie et de croup. Observation avec remarques sur la prévention de ces complications graves (*Arch. of pediatrics*, septembre 1894).

J. S. Carpenter. Diphthérie considérée au point de vue théorique et pratique (*Therap. gazette*, 15 septembre 1894).

J. A. Cantrell. Alimentation thyroïdienne dans le psoriasis (*Therap. gazette*, 15 septembre 1894).

Beverley Robinson. Gaz d'égoût comme cause d'affection de la gorge, ou l'effet du mauvais drainage sur la gorge (*N. Y. med. rec.*, 1er septembre 1894).

J. Mount Bleyer. Le phonographe; son importance physique, physiologique et clinique (*N. Y. med. rec.*, 1er septembre 1894).

W. Meyer. Méthodes récentes de gastrostomie pour rétrécissement œsophagien (*Amer. journ. of med. sciences*, octobre 1894).

W. H. Welch. Recherches bactériologiques sur la diphthérie aux États-Unis. Rapport sur la diphthérie lu au nom du Comité américain au 8e congrès International d'Hygiène et de Démographie tenu à Budapest du 1er au 8 septembre 1894 (*Amer. journ. of med. sciences*, octobre 1894).

H. M. Biggs. Rapport au Conseil de Santé de la ville de New-York sur la valeur de l'examen bactériologique pour le diagnostic de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 15 septembre 1894).

C. E. Nammack. Psoriasis traité par l'extrait thyroïdien avec un résultat négatif (*N. Y. med. record*, 15 septembre 1894).

W. Hallock Park et **A. L. Beebe**. Diphthérie et pseudo-diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 29 septembre 1894).

R. S. Adams. Le bacille de Klebs-Löffler dans la gorge à l'état normal et dans la rougeole (*N. Y. med. rec.*, 29 septembre 1894).

A. Baginsky. Le traitement de la diphthérie, et surtout l'efficacité de l'antitoxine (*N. Y. med. rec.*, 6 octobre 1894).

L. Fischer. Antitoxine diphthéritique ou traitement curatif de la diphthérie par le sérum (*N. Y. med. rec.*, 6 octobre et 1er novembre 1894).

C. H. Dickson. Notes sur le goître et le perfectionnement de son traitement (Amer. electro. ther. ass. ; in *N. Y. med. rec.*, 13 octobre 1894).

O. A. Hodgetts. Epidémies de diphthérie dans les campagnes (Amer. public health ass. ; in (*N. Y. med. rec.*, 13 octobre 1894).

W. C. Hollopeter. Notes thérapeutiques sur la coqueluche (*Therap. gaz.*, 15 octobre 1894).

A. O'Malley. La diphthérie et la sérumthérapie (*N. Y. med. journ.*, 20 octobre 1894).

T. M. Rotch. Nomenclature des affections buccales (Amer. pediatric soc. ; in *N. Y. med. journ.*, 20 octobre 1894).

A. Campbell White. Traitement de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 3 et 17 novembre 1894).

M. Manges. Cas de crétinisme sporadique (N. Y. Acad. of med., 16 octobre ; in *N. Y. med. rec.*, 3 novembre 1894)

F. H. Williams. Traitement local précoce de la diphthérie et d'autres affections de la gorge (N. Y. Acad. of med., 16 octobre ; in *N. Y. med. rec.*, 3 novembre 1894).

W. H. Park. Impossibilité de désinfecter les voies aériennes (N. Y. Acad. of med., 16 octobre ; in *N. Y. med. rec.*, 3 novembre 1894).

S. Solis Cohen. La gorge des goutteux (Pan. Amer. med. Congress, Washington, septembre 1894).

W. S. Gleason. Emploi de l'antitoxine dans la diphthérie consécutive à la scarlatine (*N. Y. med. rec.*, 10 novembre 1894).

W. P. Northrup. Myxœdème infantile. Deux observations (*Arch. of pediatrics*, novembre 1894).

B. F. Westbrook. Un cas de lésion neurotrophique de l'amygdale, du voile du palais et de la luette compliquant des névrites multiples (*N. Y. med. journ*, 17 novembre 1894).

W. B. Johnson. Sarcôme palatin traité avec succès par les toxines de l'érysipèle (*N. Y. med. rec.*, 17 novembre 1894).

R. Abbe. Extirpation de la langue pour cancer ; retour prompt du goût et de la parole (Pract. of New-York, 5 octobre ; in *N. Y. med. rec.*, 17 novembre 1894).

F. Peterson. Goître exophthalmique guéri par la thyroïdectomie (Amer. neurol. ass. ; in *N. Y. med. journ.*. 24 novembre 1894).

W. H. Marcy. Nouvel amygdalotome (*N. Y. med. journ.*, 15 décembre 1894).

E. Klebs. Etat actuel du traitement spécifique de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 15 décembre 1894).

L. Fischer. L'antitoxine diphthéritique à Berlin, New-York et à l'hôpital Municipal de Philadelphie (*Amer. journ. of med. sciences*, janvier 1895).

L. Fischer et **D. B. Kyle.** Etude bactériologique de 4 cas de diphthérie traités au moyen de l'antitoxine à l'hôpital municipal de Philadelphie (*Amer. journ. of med. sciences*, janvier 1895).

J. L. Heffron. Traitement de la diphthérie (*Therap. gazette*, 15 décembre 1894.

NOUVELLES

Monument à Wilhelm Meyer.

Un comité composé de MM. F. Semon, *président*, J. R. Reynolds, Ch. Heath, T. Barr, H. T. Butlin, W. B. Cheadle, A. E. Cumberbatch, W. B. Dalby, G. P. Field, E. E. Fitzgerald, Dundas Grant, F. de Havilland Hall, Greville Mac Donald, U. Pritchard, E. Smith, P. Smyly, W. M. Neill Whistler, Watson Williams, E. Cresswell Baber et C. A. Ballance, vient de se former en Angleterre pour contribuer à élever un monument à Wilhelm Meyer qui, le premier, reconnut l'existence des végétations adénoïdes, et par là a sauvé l'ouïe de milliers de personnes.

Sitôt après sa mort, l'idée de l'érection d'une statue à Copenhague reçut un accueil très favorable non seulement de la part des Danois mais encore de tous les médecins étrangers.

S. A. R. la Princesse de Galles a accepté le patronage du Comité qui désire rendre hommage à son illustre compatriote.

La Municipalité de Copenhague a promis de donner un terrain, et des comités sont en formation dans presque tous les pays pour aider à la souscription à laquelle pourront contribuer les parents des nombreux enfants qui doivent à W. Meyer d'avoir recouvré la santé.

Le Trésorier du Comité Anglais est M. A. E. Cumberbatch, 80, Portland Place, Londres W.

Sans aucun doute, les spécialistes français applaudiront des deux mains à l'initiative du Comité anglais pour faire rendre, par ses compatriotes, les honneurs exceptionnels qui sont si légitimement dûs au premier auteur ayant écrit sur les végétations adénoïdes. Les *Annales des maladies de l'oreille* tiendront à honneur de participer à cette manifestation.

Nous reproduisons ci-après une notice consacrée à W. Meyer dans le *Journal of laryngology* de Norris Wolfenden, par le Dr Holger Mygind, de Copenhague.

H. W. Meyer naquit en 1824, à Fredericia (Danemark), résidence de son père, chirurgien dans l'armée danoise. De 1826 à 1843, M. fut élevé à Glückstadt, dans le Holstein, où le régiment de son père tenait garnison. Ensuite M. alla étudier la médecine à l'Université de Copenhague, où il travailla avec tant d'ardeur qu'il termina ses études en 1847, bien que l'on employât sept ans d'ordinaire à les faire. Il prit brillamment ses diplômes, puis il aida son père et de 1851 à 1863, alla travailler la pathologie et la thérapeutique dans les Universités et hôpitaux de Wurzbourg, Prague, Vienne, Montpellier, Paris, Londres et Edimbourg. Durant ce voyage il contracta des amitiés avec nombre de médecins qui lui demeurèrent sincèrement attachés jusqu'à sa mort.

A son retour Meyer revint à Copenhague où il s'adonna à la médecine générale, et peu à peu, par la conscience et le dévouement qu'il apportait dans sa pratique, il eut une des meilleures clientèles de la ville, qu'il conserva toute sa vie.

Il est surprenant qu'un homme aussi occupé que Meyer ait trouvé le temps de se spécialiser et qu'il soit devenu un des membres les plus distingués de cette spécialité, ceci est une preuve de son activité et de

son intelligence. Notre admiration pour ce regretté confrère grandira lorsque nous saurons que c'est son bon cœur qui l'a engagé dans cette voie. M. voyait souvent dans sa clientèle des malades désespérés par une surdité, des bourdonnements ou des douleurs d'oreilles, cas que beaucoup de médecins de l'époque traitaient par des injections d'huile ou de lait dans le conduit qui ne produisaient aucune amélioration. M. chercha à s'instruire sur le diagnostic et le traitement des affections de l'oreille en parcourant les quelques ouvrages d'otologie du temps, et il devint ainsi un auriste compétent.

C'est en examinant l'oreille au point de vue pratique que Meyer fit la découverte qui restera éternellement attachée à son nom : celle des végétations adénoïdes naso-pharyngiennes. Le 22 octobre 1867, il soigna une jeune fille du Jutland, très sourde ; il remarqua que la malade ne pouvait respirer par le nez, malgré le traitement du catarrhe chronique naso-pharyngien. Il conclut que l'obstruction provenait du pharynx nasal, et en introduisant son doigt derrière le voile du palais, ce que peu de médecins avaient fait avant lui, il s'aperçut que le naso-pharynx était rempli de végétations qui furent enlevées ; à la suite de cette ablation la malade recouvra la respiration nasale. Meyer en déduisit que l'affection auriculaire avait été provoquée par ces tumeurs et par l'examen d'autres malades atteints d'affections d'oreilles, il découvrit la même maladie naso pharyngée.

Avec une énergie et une persévérance qui lui étaient particulières, il continua ses recherches sur ces tumeurs jusqu'alors inconnues, qui avaient été, il est vrai, déjà observées par quelques chercheurs mais dont il n'existait aucune description et dont on ignorait l'importance pratique. A la fin de 1868, Meyer publia son premier article sur les végétations adénoïdes dans le journal médical danois *Hospitalstidende.* Les *Schmidts Iahrbücher* donnèrent, en 1869, une analyse de ce travail, et en 1870, M. fit paraître un mémoire plus étendu dans les *Transactions médico-chirurgicales de Londres*, sans que l'attention générale fut attirée sur la grande importance de l'affection. Ce n'est qu'en 1873, lorsque Meyer publia dans l'*Archiv. f. Ohrenheilkunde* une description complète de l'étiologie, l'anatomie pathologique. la symptomatologie, les suites et le traitement des végétations adénoïdes, description qui est de tous points classique et à laquelle rien d'important n'a été ajouté, que la découverte fut prise en considération et que son auteur conquit parmi les spécialistes la place qu'il conserva jusqu'à son dernier jour.

En dehors de quelques autres travaux concernant la spécialité, Meyer publia en 1884, dans l'*Archiv f. Ohrenheilkunde*, un excellent article démontrant la part importante de la nécrose des parois du tympan dans l'étiologie des suppurations tympaniques chroniques ; et il employa les années suivantes à recueillir les matériaux d'un important ouvrage sur les végétations adénoïdes. Il ne termina que le chapitre d'introduction Sur l'âge et l'extension des végétations adénoïdes qui a paru récemment en article dans le journal danois *Hospitalstidende.*

Meyer était encore plus grand comme homme que comme médecin, car il possédait à un degré rare les qualités du cœur et de l'esprit. Sa remarquable intelligence était aidée par une mémoire surprenante, son esprit critique, souvent appliqué à ses propres œuvres, fit qu'il écrivit rarement et à contre cœur. L'article sur l'histoire de l'otologie inséré dans le Manuel de Schwartze lui a coûté un an et demi à rédiger, bien qu'il n'ait que quelques pages. mais il peut être regardé comme un modèle pour l'élégance du style et les connaissances qui y sont déployées. Meyer ne demeurait jamais inoccupé. Quand il rentrait chez lui après une dure journée de travail, qui comprenait trois ou quatre heures de consultation souvent intercalées entre trente ou quarante visites, il passait une partie de la nuit à lire des ouvrages de sciences

naturelles, de philosophie, de littérature, de religion, qui l'intéressaient fort. Il s'informait de toutes les nouveautés de l'art médical et aussi de tout ce qui se faisait en musique et en astronomie; hiver comme été il lui arrivait de passer des nuits entières au télescope. C'était aussi un linguiste accompli; lors du Congrès International de Copenhague, où il présida la section oto-laryngologique, ses confrères étrangers admirèrent l'aisance avec laquelle il parlait les trois langues officielles.

C'est surtout la noblesse de cœur de Meyer, qu'il cachait sous une grande réserve, qui gagnait ceux qu'il approchait. Sa sympathie aliait d'abord à ses malades auxquels il se sacrifiait complètement. Il était aussi un ami fidèle, surtout dans l'adversité.

Meyer reçut de nombreuses marques honorifiques. En 1880, le roi de Suède lui décerna l'ordre de l'Etoile du Nord en reconnaissance de soins donnés à ses fils; en 1884, il fut nommé docteur honoraire de l'Université de Halle, et en 1894, Conseiller d'Etat danois. Il était membre honoraire de plusieurs sociétés scientifiques parmi lesquelles l'Association laryngologique Américaine et la Société de laryngologie de Londres.

Au printemps dernier Meyer eut une violente attaque d'influenza qui l'affaiblit beaucoup et à la suite de laquelle il se rendit en Italie pour se remettre. Il guérit en apparence, mais au retour à Venise il tomba malade d'une fièvre typhoïde, d'après l'avis des médecins italiens, qui abattit, en un peu plus d'une semaine, la robuste constitution de M. qui succomba le 3 juin.

Le Professeur Moos

Nous empruntons à la notice publiée dans l'*Allg. Wiener Med. Zeit.* par notre collaborateur le Dr S. Szenes (de Budapest), quelques détails bibliographiques sur le regretté Prof. S. Moos.

Moos naquit le 15 juillet 1831 à Randegg, fit ses études médicales à Heidelberg, Prague et Vienne, et vint s'établir à Heidelberg en 1856. Il se perfectionna en anatomie avec Henle, en physiologie avec Moleschott, en médecine interne avec Hasse, en chirurgie avec Chelius, puis il fut nommé docent à l'Université d'Heidelberg en 1859, à la suite de la publication d'un travail sur l'**influence de l'occlusion de la veine porte sur la formation du sucre dans le foie**; de nouveaux travaux lui valurent, en 1866, le titre de Professeur extraordinaire.

C'est seulement en 1876 que Moos commença à s'adonner à l'otologie, il fut nommé conseiller de cour (Hofrath) en 1889, et deux ans après Professeur honoraire. Il fut le seul otologiste allemand qui porta ce titre. Il a succombé à une courte maladie le 15 juillet 1895.

En 1874, M. publia son premier mémoire spécial intitulé: **Contribution à l'anatomie normale et pathologique et à la physiologie de la trompe d'Eustache.** Presque tous ses travaux ont paru dans les *Archiv. of otology* qu'il dirigeait avec Knapp et dont il rédigeait l'édition allemande sous le nom de *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde.*

Il faudrait plusieurs pages de ce journal pour énumérer les nombreuses contributions otologiques de Moos. Son dernier travail important, publié dans le **Manuel d'otologie de Schwartze**, concernait l'**étiologie générale et les rapports des maladies générales avec les affections de l'organe auditif.**

En dehors des mémoires originaux, Moos signait beaucoup d'analyses dans le *Zeits. f. Ohrenh.* et il y montrait toujours un excellent esprit critique. Il était très assidu aux Congrès et réunions d'otologistes, aux discussions desquelles il prenait une part active.

Le nom de Moos restera dans la science moderne comme celui d'un maître qui a grandement contribué à l'édification de l'otologie moderne.

Nous apprenons la mort d'un laryngologiste américain bien connu, le Dr W. C. JARVIS, de New-York, qui a succombé le 30 juillet.

Le Prof. SIEBENMANN, de Bâle, vient d'être appelé comme Professeur d'Oto-Laryngologie à Breslau, mais il a décliné cette offre.

L'*Association laryngologique américaine* se réunira en 1896 à Pittsburg sous la *présidence* du Dr H. DALY ; *vice-présidents* : J. WRIGHT (Brooklyn) et A. W. DE ROALDÈS (Nouvelle-Orléans) ; *secrétaire trésorier* H. L. SWAIN (New-Haven) ; *bibliothécaire* : J. H. BRYAN (Washington).

Ont été admis comme membres de l'Association : J. E. BOYLAN (Cincinnati). Thèse : *Herpès pharyngien chronique.* — F. E. HOPKINS (New York). *Observation d'œdème du larynx.* — Th. HUBBARD (Toledo) *Traitement de la laryngite aiguë.*— J. E. H. NICHOLS. *Origine intranasale du mal de tête.*

Le Dr JUAN CISNEROS vient d'être autorisé à enseigner l'oto-rhinolaryngologie à la Faculté de médecine de Madrid.

La *Société espagnole d'hydrologie médicale* a décidé de faire faire une série de conférences sur les diverses spécialités. Le Dr Compaired (de Madrid), est chargé de la Pathologie et clinique hydrominérale du nez, du pharynx, du larynx et de l'oreille.

Banquet organisé par la Presse médicale française à Bordeaux le 9 août 1895 à l'occasion des Congrès médicaux.

Le 9 août 1895 a eu lieu à Bordeaux, au café du Kiosque de la Comédie, la réunion de l'Association de la Presse médicale qui, d'ordinaire, se tient en juillet à Paris.

Le banquet qui a suivi comprenait 50 convives parmi lesquels le Prof. MARAGLIANO de Gênes.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Memento formulaire de poche de nosologie et thérapeutique infantiles, par H. DAUCHEZ. (In-16 jésus de 96 pages prix 25 fr. 50. Soc. d'Editions Scientifiques, Paris, 1895).

Sur un nouveau soufflet pour pratiquer les douches d'air et en particulier du procédé de Politzer, par E. MORPURGO (Extrait du *Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso* n° 6, 1895).

Le sérum dans le traitement de la diphthérie, par J. DENYS (Broch. de 56 pages, A. Uyepruyst-Dieudonné éditeur, Louvain, 1895).

Nouvel appareil d'intubation laryngée simplifié par F. EGIDI (Extrait du supplément du *Policlinico*, Vol. I, n° 35, 1895).

Laryngite œdémateuse chez un enfant de 16 mois à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx. Intubation du larynx pendant 24 heures. Guérison, par BONAIN (Extrait de la *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juillet 1895).

Abcès cérébral otitique. Trépanation du crâne et évacuation de l'abcès. Guérison, par G. GRADENIGO (Extrait de l'*Archivio ital. di otol. rin. et lar.* fasc. 3, 1895).

A propos d'un cas de trachéocèle, par J. ROQUER CASADESUS (Broch. de 12 pages, F. Sanchez, éditeur, Barcelone, 1895).

L'inflammation suppurée non perforante des sinus frontaux et son traitement opératoire, par E. RICHTER (Dissertation inaugurale. Leipzig, 1895).

Les misères de l'enfance, par J. LEMOINE. (Broch. de 100 pages prix 1 fr. 50, Maloine éditeur, Paris, 1395).

Une nouvelle méthode de transplantation pour l'opération radicale des suppurations chroniques de l'oreille moyenne par PASSOW (Broch. de 10 p. avec 1 planche. Hirschwald éditeur, Berlin, 1895).

De l'utilité de la connaissance des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal pour les médecins d'enfants, par E. CHAUMIER (Imp. Tourangelle, Tours, 1895).

Anesthésie générale par le bromure d'éthyle par ARSLAN YERWANT. (Extrait *della Riv. Veneta di Scienze med.* T. XXI, 1894).

I. Sequestre osseux du conduit auditif externe gauche. — II. Un cas de rhinite dite caséeuse (rhinorrhée purulente caséiforme), par Y. ARSLAN (Extraits de l'*Arch. ital. di otol. rin. e lar.* Vol. III. fasc. 3, juillet 1895).

Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison nasale, par Y. ARSLAN (Extrait de l'*Aroh. ital. di otol. rin. e lar.* Vol. III, fasc. I, janvier 1895).

Sixième réunion annuelle des otologistes et laryngologistes belges, tenue à Bruxelles, le 16 juin 1895. Compte-rendu par BUYS (Extrait du *Journ. de la Soc. Royale des Sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 13, 20 et 27 juillet 1895).

Les maladies du nez, du pharynx et du larynx, par K. STÖRK (Un vol. de 334 pages, avec 89 figures et 4 planches dans le texte, A. Hölder, Vienne, 1895).

Le Gérant : G. MASSON.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie DESTENAY, Bussière Frères, successeurs.

Tome XXI. — N° 10. — Octobre 1895.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

DU TRAITEMENT GÉNÉRAL DANS LES AFFECTIONS AURICULAIRES

Par le Dr **GELLÉ** (1).

Le rapport « sur le traitement général dans les maladies de l'oreille » m'a été confié au dernier Congrès d'Otologie, à Bruxelles ; j'ai l'honneur de vous en donner lecture.

Il paraît tout d'abord original de faire, devant une assemblée de médecins spécialistes, d'auristes, l'exposé des divers modes de traitement qui s'adressent non plus à l'organe spécialement étudié et soigné par eux, mais à l'économie tout entière ou à des organes éloignés.

Rien de plus naturel cependant ; cela découle des lois mêmes de la pathologie générale.

L'organe de l'ouïe, comme les autres organes, peut être frappé secondairement, deutéropathiquement, aussi bien que primitivement ; de plus, comme conséquence de l'affection locale, primaire, il existe des phénomènes subjectifs ou visibles secondaires qui doivent être soignés par le médecin auriste, seul capable d'en reconnaître l'étiologie otitique et de les traiter.

Certes, l'importance prépondérante des soins topiques et des actions thérapeutiques locales, des interventions directes *manu armata*, leur grande supériorité ne fait doute pour personne ; cependant, aucun de nous, au cours de l'examen d'un individu consultant pour une affection auriculaire,

(1) Lu au Congrès international d'otologie de Florence, septembre 1895.

n'oublie de s'enquérir des conditions organiques, physiologiques et pathologiques générales du patient; chacun de nous s'efforce de connaître ses tendances morbides individuelles ou familiales, sa constitution, l'influence du métier, du climat, des traitements subis, etc., pour éclairer l'étiologie de l'affection actuelle. En plus des soins directement appliqués sur l'oreille malade, la nécessité d'une thérapeutique générale naît des rapports réciproques des divers organes, et se base sur l'influence naturelle des milieux de l'économie. Le médecin ne peut méconnaître ces relations pathogéniques, et négliger d'en tenir compte dans ses prescriptions et ses conseils.

Aussi bien, l'étude de la pathologie auriculaire, peut-être plus qu'aucune autre, expose le tableau complexe des actions diathésiques, et les effets des maladies antécédentes, des infections générales, anciennes ou récentes, de l'évolution organique même, sur la nature et la marche du processus otitique.

La clinique montre cette subordination fréquente aux divers états morbides, généraux ou localisés, des phénomènes otiques qu'ils soient primitifs ou secondaires.

Ces associations, ces successions, ces groupements pathologiques sériés allant de l'économie entière à l'organe ou *vice versâ*, autant que leur déterminisme propre, doivent préoccuper le médecin auriste; de là une thérapeutique générale des affections auriculaires.

D'ailleurs, ne faut-il pas l'intervention d'un spécialiste auriste pour reconnaître, par exemple, qu'un trouble morbide, phénomène subjectif ou autre, bien que manifestement auditif, n'est lié à aucune lésion de l'organe de l'ouïe? déclarer l'oreille intacte, n'est-ce pas là encore une source d'indications précises? ne serait-ce que celle d'en chercher autre part le foyer d'origine. A une étiologie indirecte on doit tenter d'opposer un traitement également indirect; c'est ainsi qu'on parvient à soulager un bourdonnement en traitant l'utérus, le cœur, la gorge, etc., sans négliger cependant l'état otique, et les lésions déterminantes de l'excitation locale.

Plus loin, nous montrerons que l'on est logiquement conduit à obéir encore à la même indication, quand, à l'opposé, il existe une lésion, mais ancienne, incurable, immobile, simple cause d'appel, avec des troubles fonctionnels plus généraux décelant l'action d'influences extra-otiques.

La lésion reconnue fixe, morte, pour ainsi dire, le médecin doit rechercher quelle autre région de l'organisme est le point de départ du symptôme d'allure auditive ; telle, l'hyperesthésie tardive, d'origine névropathique chez un sourd scléreux ; tel, un bourdonnement récent, né sous l'influence d'un état neurasthénique nouveau, dans une surdité ancienne.

De là une thérapeutique générale nécessaire.

Pour remplir mon mandat, et exposer avec méthode et sans rien oublier la thérapeutique générale des affections de l'oreille, deux voies se présentaient. On peut, en effet, envisager surtout le côté thérapeutique, et parcourir la série des médicaments de la matière médicale, en mettant en face l'une de l'autre l'indication et la substance médicamenteuse, ou le moyen curatif capable d'y satisfaire... ; mais, ce discours s'adresse à des cliniciens, et j'ai pensé que le cadre de la clinique convenait mieux à cette étude ; et qu'il y aurait plus de profit et plus de clarté tout ensemble à grouper les nombreux états pathologiques, dyscrasies, infections, neuropathies, traumatismes, sources d'épuisement, etc., et les médications générales usitées et appropriées, et à en exposer l'effet dans les lésions et troubles auditifs pour lesquels on nous consulte dans ces circonstances.

C'est ainsi que j'ai pris et classé des types cliniques otologiques bien tranchés ; et je ne les ai plus envisagés en auriste, seulement en spécialiste, à titre de mal local, mais comme détermination actuelle de maladies plus générales ou comme origine de complications d'une portée plus grande, et d'actions morbides à distance.

J'avais d'abord pensé qu'il n'était pas dans le plan de la question posée de m'occuper des affections aiguës otiques et de leur traitement général.

Cependant les cas chroniques se compliquent trop souvent

de poussées aiguës, de réveils actifs du processus, pour que je n'en dise pas au moins quelques mots. Au reste, nous touchons ici à un point des plus intéressants de notre thèse ; je veux dire l'ensemble des moyens prophylactiques à employer, pour sauver l'oreille dans les affections aiguës.

PROPHYLAXIE

Les fièvres éruptives et autres n'offrent-elles pas dans leur cours, ou à leur suite, des lésions otiques, souvent bilatérales ? Des soins particuliers indirects, appliqués à propos, agissent alors à titre préventif, et méritent ainsi d'être signalés aux praticiens comme des moyens de grande valeur : prévoir c'est prévenir. A ce point de vue, les irrigations nasales détersives et antiseptiques si justement recommandées par Guye, d'Amsterdam, dans la rougeole, la scarlatine, la grippe et autres maladies infectieuses, etc., au Congrès de Bâle, ont été un progrès sérieux et sont devenues classiques partout.

De même, il est bon de dire aux parents de porter souvent les enfants malades à bras, pour ne pas prolonger le décubitus, qui dirige les exsudats intertubaires vers les oreilles moyennes ; et d'enlever ceux-ci fréquemment au moyen de la douche d'air lancée avec la poire de caoutchouc par une narine, l'autre restant ouverte (moucher artificiel).

De même encore, je n'hésite pas, en pleine scarlatine angineuse avec délire et gêne considérable de la respiration, causée par le gonflement énorme des amygdales, à enlever une au moins de ces glandes pour rétablir la respiration ; ou encore je conseille de lancer directement dans la gorge de l'enfant, qui ne sait pas se gargariser, des jets d'eau de Seltz, avec le siphon ordinaire au tube duquel on ajoute une canule de gomme suffisamment longue (15 centimètres).

Rien de plus résolutif que ces douches froides, et rien de plus sauveur pour les deux oreilles, dans cette maladie qui fait tant de sourds, tant d'otorrhéiques, tant de sourds-muets.

Chez l'adulte, la prophylaxie des affections otiques, ou de leurs récidives, possède beaucoup d'autres modes d'action, c'est ainsi que l'hydrothérapie rendra les muqueuses nasales moins susceptibles et les catarrhes auriculaires et leur suite (bourdonnements, vertiges) moins fréquents.

Le mariage, la grossesse, l'allaitement peuvent être déconseillés à des patientes atteintes de surdité, avec tendance scléreuse.

C'est le domaine de l'hygiène que nous côtoyons ; le choix d'une profession, d'un climat, d'un séjour passager ou habituel n'est pas une prédisposition négligeable dans certaines tendances aux affections otiques, héréditaires ou acquises ; nous en parlerons.

Mais *dans l'enfance*, la prophylaxie doit être sérieusement instituée ; elle aura à lutter contre les causes de surdi-mutité.

Le médecin auriste peut être consulté d'ailleurs par une famille qu'une surdi-mutité, ou une affection destructive de l'ouïe, a fortement inquiétée déjà ; et le traitement prophylactique devra être judicieusement établi, à propos d'une deuxième grossesse ou d'un nouveau-né.

C'est dans le mode défectueux de l'élevage de l'enfant que résident la plupart des causes de lésions précoces et graves de l'appareil auditif : ce terrain est donc bien le nôtre. S'il est vrai que les surdités congénitales, par hérédo-syphilis, par tuberculose, par infection microbienne du fœtus au cours de la grossesse, etc., sont hors de notre prévision en général, elles ne le sont pas absolument, car dans les grossesses nouvelles l'on peut déjà prévoir. Il n'en est plus de même après la naissance ; alors le rôle du médecin est tracé.

Les oculistes nous ont montré l'urgence et les bienfaits des soins immédiats donnés à l'enfant qui vient de naître dans certaines conditions et j'étendrai, pour ma part, les lavages antiseptiques des yeux, si utiles à ce moment, aux fosses nasales et aux orifices des oreilles.

Les voies d'hétéro-infection au passage vaginal ou par les eaux souillées de l'amnios seront pour l'oreille, comme pour

TRAITEMENT GÉNÉRAL DES AFFECTIONS OTIQUES AIGUES

Après la prophylaxie, vient le traitement général des affections aiguës de l'oreille. Primitives ou secondaires, elles bénificieront de la médication interne, d'autant plus et plus vite que l'otite sera proche du début. Associé à une action topique décisive, prompte, ce traitement aidera véritablement à juguler le processus. La poussée fluxionnaire peut disparaître, la suppuration être évitée et la terminaison par résolution acquise par le concours des moyens généraux et des interventions locales.

Pour être plus rares depuis l'influenza, qui a multiplié les otites infectieuses graves, ces guérisons ont été observées. Trop rarement, par malheur, les sujets nous sont amenés aux premiers jours de la maladie.

En même temps que les soins topiques indiqués, le médecin ordonnera, le soir et la nuit, le bromure de potassium ou mieux de strontium, seul ou allié au chloral, soit par la bouche, soit en lavement à garder, pour obtenir le sommeil et l'apaisement des douleurs.

Le médicament par excellence de l'inflammation aiguë auriculaire est le sulfate de quinine. Donné à doses élevées, fractionnées (0,75 à 1 gramme par jour) ou massives, il est antiphlogistique ; c'est un calmant anesthésique ; il décongestionne la tête, éteint la fièvre (Laborde), il est toujours supérieur dans les maladies infectieuses.

La plupart des médecins, dans l'influenza, ont tiré un excellent parti de l'antipyrine, dans les formes otitiques, si douloureuses (Cazeneuve et L. Cuinier). Elle s'adresse à la fois à la céphalalgie, à l'otalgie et à la fièvre ; son maniement facile la rend d'un emploi sûr, chez l'enfant.

Le grand bain tiède est, chez celui-ci encore, un sédatif excellent de la fièvre et de la douleur locale.

Dès 1879, j'ai recommandé dans l'otite aiguë catarrhale, en un mémoire lu à la Société de médecine pratique de Paris, l'infusion de 4 grammes de feuilles de jaborandi dans 125 grammes d'eau.

La pilocarpine est aujourd'hui couramment ordonnée dans le même but; son action sudorifique provoque une crise résolutive et une détente salutaire (Politzer, Baber, Boke, Girmonsky).

Chez certains adultes, le calomel associé à l'opium a donné d'excellents résultats à doses fractionnées, entre les mains de praticiens connus.

Dans l'otite aiguë rhumatismale, le salicylate de soude est bien indiqué ; son action calmante est rapide ; mais on peut lui reprocher de provoquer des bourdonnements d'oreilles énervants, et une excitation manifeste du cerveau. Les bromures alors feront mieux ; mais l'ergotine surtout trouve là son emploi ; une seringue de Pravaz de l'ergotine d'Yvon, par exemple (une ou deux fois par jour), abaisse la fièvre, et diminue l'intensité de l'hypérémie.

La digitale et ses alcaloïdes rendent encore de grands services dans les otites secondaires de la pneumonie, de la pleurésie, des grandes pyrexies, soit seule, soit associée au sulfate de quinine.

L'indication des opiacés est plus restreinte ; mais parfois impérieuse dans les crises à forme névralgique, avec vomissements, qui marquent le début de certaines otites.

On est bien forcé d'y avoir recours chez les sujets qui refusent ou retardent la paracentèse tympanique.

Je ne veux pas oublier, dans la défervescence des affections otiques aiguës, les bons effets des préparations d'aconit, signalés depuis longtemps par Turnbull.

Quand l'affection est une ostéo-périostite otique, la supériorité des applications topiques et de l'intervention *manu armatâ* est démontrée ; mais il reste toujours des indications générales à remplir, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Parmi celles-ci, je signalerai l'utilité de l'antisepsie intestinale, que je mets sur le même plan que celle des fosses nasales et de la gorge.

Les travaux de Nicolaïer, de Roux et Yersin entr'autres, et de Gradenigo, ont appris combien certaines associations microbiennes sont particulièrement redoutables. Dans l'otite, on fera l'asepsie aussi rigoureuse que possible du tube intes-

tinal, d'après les règles tracées par Bouchard; le benzo-naphtol, l'iodoforme, la quinine, le salicylate de bismuth seront d'un usage journalier et leurs doses graduées d'après l'état des voies digestives, et suivant l'affection (dysenterie, choléra, diarrhées, affections hépatiques, etc.), qui se complique d'otite aiguë (Hanot, Gilbert).

L'otite goutteuse a un début brusque, une marche rapide; elle se résout parfois subitement par l'apparition du gonflement du pouce, goutte normale.

On doit agir énergiquement; au traitement topique, on joindra l'emploi du spécifique reconnu, de la colchique, ou de la colchicine. Le salicylate de soude à fortes doses peut être suffisant, s'il ne blesse pas trop le sujet par les bruits qu'il éveille. Une sangsue auprès du méat enlève parfois la douleur. Les révulsifs et le régime sévère seront ordonnés.

Pour clore ce chapitre, je rappellerai combien l'état général de l'organisme a d'influence sur la marche de l'infection microbienne, cause de l'otite aiguë. Nous savons tous quelles facilités offre à l'invasion un organisme épuisé par une maladie antécédente, la fatigue, par les pertes, la sénilité, les chagrins, etc.; il y a donc là une indication précise de relever les forces du malade au moyen des agents connus de la thérapeutique générale (quina, strychnine, kola, suralimentation, hygiène, etc.).

Cette thérapeutique est traditionnelle, c'est celle du passé; on peut augurer mieux de l'avenir et des agents nouveaux: une nouvelle ère se lève pour la thérapeutique générale. En effet, les bases de la thérapeutique sont aujourd'hui profondément changées, conséquence des découvertes de la microbiologie.

Depuis que l'inflammation et l'infection, la suppuration et l'infection sont choses connexes, les modes de traitement se sont unifiés, simplifiés et concentrés dans les formes multiples de l'antisepsie et de l'asepsie, au grand bénéfice de la thérapeutique locale.

Mais l'étude des microbes pathogènes, de leurs fonctions, l'isolement des toxines, la connaissance de leurs activités par

l'expérimentation; puis, la découverte des propriétés bactéricides des humeurs ont conduit à la sérothérapie.

Les travaux de Chauveau, Bouchard, Charrin, Roger, Büchner, Richet et Héricourt, Behring, Beuwner, Peiper, Roux et Chamberland, Duclaux, Katz, Baginski, Ehrlich, Kössel, Flügge, Gamaleïa, Foa, Grohmann, Fodor, Nissen, Chantemesse, etc., ont établi les bases de la doctrine actuelle de l'immunisation, des vaccins et de la sérothérapie: la matière médicale, les médications vont être totalement changées. Le médecin auriste a suivi avec attention le magnifique développement de cette science bactériologique expérimentale.

Sans doute, le moment approche, combien souhaité, où nous posséderons le sérum capable de combattre et de détruire les infections streptococciques, staphylococciques, pneumococciques, etc., et les autres pathogènes reconnus. Au récent Congrès de Bordeaux, H. Roger, après avoir rappelé que les premières tentatives thérapeutiques, faites avec l'aide de M. Charrin (23 février et 30 mars 1895, Soc. biol.), avaient donné des résultats encourageants, confirmés par MM. Josué, Hermary, Jacquet, ajoute: « il est actuellement démontré que les injections de sérum antistreptococcique provenant d'animaux immunisés au moyen de cultures stérilisées, ne présentent aucen danger. » Plus loin: « nos résultats sont d'autant meilleurs qu'on intervient plus tôt... » Mais il y a encore trop peu de faits pratiques; et il est impossible de poser des conclusions définitives. »

Cela est d'hier; c'est plus que l'espérance de la réussite: la thérapeutique générale sera donc bientôt pourvue d'agents efficaces contre l'une des plus grandes infections bactériennes et des plus fréquentes.

En attendant, bien que nous ne tenions pas encore ce prestigieux moyen thérapeutique, des notions importantes et pratiques se dégagent de ces expériences et de ces études, dont nous pouvons déjà faire notre profit par avance.

Des plus récents travaux, en effet, de ceux de Chauveau, Bouchard et de Charrin, Roger, surtout, il résulte, que les fonctions biologiques et le développement des bactéries,

ainsi que leurs produits ou toxines sont profondément modifiés et influencés, atténués ou supprimés par le milieu de culture, par l'activité des cellules, et par l'énergie du système nerveux du sujet. La vieille médecine dirait-elle autre chose, quand, au lieu de se nommer bactéries, les agents de nos maladies générales s'appelaient virus, miasmes, etc. Après comme avant les découvertes microbiologiques, il est indiqué de soutenir le tonus vital de l'économie dans sa lutte.

Les réactions de l'économie, la vigueur de la constitution, luttent en effet avec avantage contre l'infection et contre l'intoxication microbiennes; bien plus, les sérums seraient non-seulement bactéricides et antitoxiques, mais ils agissent comme stimulants de l'organisme et viennent en définitive en aide à la nature médicatrice (Bouchard, Congrès de Bordeaux, 1895).

D'ores et déjà, on aperçoit l'utilité des moyens thérapeutiques capables de relever les forces, de rendre le milieu organique mauvais terrain de culture et réfractaire aux activités ennemies, enfin d'accroître le phagocytisme et d'amener l'immunité. L'économie est armée pour la défense ; il faut doubler ses forces. Les maladies infectieuses de l'oreille sont trop nombreuses pour que ces notions ne soient pas retenues par le médecin auriste.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CHRONIQUES

Abordons le traitement général dans les affections chroniques de l'oreille.

Otorrhée. — Parmi les affections chroniques auriculaires, un type clinique, bien tranché, se présente tout d'abord, le plus répandu, le plus populaire ; c'est l'otorrhée.

Dans l'otorrhée, en dehors des conditions locales évidentes, dont le traitement ressortit au spécialiste, et qui entretiennent la suppuration, on ne peut se refuser d'admettre l'action de causes générales, qui créent une plus grande réceptivité de l'organisme pour l'infection ; c'est un

mode inférieur de vitalité de celui-ci, soit primitif, prédisposant, soit consécutif, et né de l'infection même, par l'activité des toxines.

La diapédèse existe ; parfois elle se supprime ; la phagocytose est arrêtée ; le leucocyte a perdu sa vigueur, la cellule inerte, morte, est expulsée sous forme de pus (Bouchard).

La lutte de la cellule contre la bactérie est finie : la destruction marche, les colonies se développent ; les toxines agissent à distance, ruinant l'énergie phagocytaire et tarissant la diapédèse (Bouchard).

Certains organismes doivent cependant arriver à l'état d'immunisation, qui explique la persistance du mal local sans généralisation ; mais de nouvelles invasions ou des traumatismes ou des chocs nerveux récents peuvent suspendre l'immunité ; de là, les poussées aiguës intercurrentes si redoutables, menace constante des otorrhéïques.

Le traitement local détruit les colonies et le sol pathologique sur lequel les bactéries se multiplient ; les antiseptiques arrêtent ou empêchent leur évolution, et les sécrétions toxiques ; ils créent un milieu de culture défavorable : c'est un premier point important.

Le traitement général, bien moins actif, a pour mission de rendre les humeurs bactéricides, de relever les forces vitales, de donner à l'économie une résistance supérieure et au phagocytisme sa plus grande énergie : son action est indirecte.

Depuis longtemps, l'action nuisible des maladies avec affaiblissement de la nutrition dans les infections a été signalée : la thérapeutique doit donc s'adresser à ces états pathogéniques et diriger contre eux toutes les ressources de l'art ; l'hérédité n'a pas de plus grand complice que les lésions de nutrition chez l'enfant. L'antisepsie sera généralisée pour éviter les associations bactériennes si graves (Roux, Bouchard, etc.).

L'hygiène et la thérapeutique combineront leurs efforts pour assurer le triomphe de la défense.

Nulle part, cette subordination de l'affection locale à une cause générale, et l'activité de la médication interne ne sont

plus évidentes que dans l'otorrhée syphilitique. On voit, en effet, celle-ci résister à d'habiles soins topiques, et céder rapidement et totalement aux médicaments spécifiques, dès que l'origine du mal est soupçonnée.

D'autre part, cependant, on sait que l'otorrhée hérédo-syphilitique exige de plus l'adjonction de soins généraux, l'allaitement prolongé, régime reconstituant, des toniques, etc., puis les cures d'eaux minérales, salines, chlorurées sodiques ou arsénicales, ou des sulfureuses, telles que La Bourboule, Challes, Brides, Acqui, Amélie, Barèges, Kreusnack, etc., dans les caries avec pertes de substance étendues, et chez les enfants.

Ces cures thermales ont le défaut de ramener parfois l'otorrhée, il faut en surveiller l'action excitante.

En général, on doit défendre les bains de mer dans l'otorrhée, ils activent les infections secondaires et la suppuration, etc. ; le climat maritime ne vaut guère mieux à ce point de vue, bien qu'on voit l'état général des enfants s'améliorer ostensiblement. C'est aussi l'opinion du Dr Bergeron, et de J. Moure de Bordeaux (IVe Congrès, p. 185), de Knapp, Morpurgo, Cozzolino, S. Sexton et de la plupart des otologistes.

Otorrhée diabétique. — L'influence remarquable des altérations du milieu organique sur les infections et intoxications microbiennes apparaît encore clairement dans l'otorrhée des diabétiques ; sur ces constitutions affaiblies aux périodes de l'épuisement et de l'autophagie, les invasions bactériennes les plus diverses sont possibles, elles se succèdent, s'associent facilement.

Aux agents de la suppuration peuvent s'ajouter le bacille du colon, celui de la gangrène gazeuse, tous les artisans de la mortification rapide des tissus. Un traumatisme, un choc nerveux peuvent mettre en évidence ces fonctions bactériennes redoutables et l'activité de leurs toxines associées. (Charrin, Roger, Bouchard).

Le traitement général occupe donc ici encore une place importante ; il est indiqué plus que jamais de modifier le terrain, de le rendre plus réfractaire, d'exciter la vitalité des

cellules et la résistance des tissus, de solliciter l'énergie vitale. On traitera énergiquement la glycosurie : en faisant succéder de 15 en 15 jours au régime de Bouchardat, soit l'antipyrine (2 grammes), soit le sulfate de quinine (0,30) soit le bromure de potassium ; la suralimentation est de toute utilité, et l'alcool et le vin doivent être pris largement. La campagne, l'exercice au grand air sont les conditions nécessaires de guérison. On agit de même dans toutes espèces de cachexies et d'épuisement, en s'adressant tout d'abord à la cause (pertes, allaitement, dysenterie chronique), qu'il faut supprimer.

Otorrhée goutteuse. — Chez les goutteux, fils de goutteux, les otorrhées consécutives aux pyrexies, etc., de l'enfance sont graves et interminables. Au traitement local on ajoutera, suivant le cas, les toniques, l'hygiène, et rarement le médicament spécifique (colchicine), sinon dans les crises aiguës.

Quant aux dégénérés de la diathèse, c'est aux cures d'eaux sulfureuses pyrénéennes ou aux salines (Kreuznack, Salies, Brides) qu'on devra les envoyer, plutôt qu'aux eaux de Vichy, Carlsbad, Gastein, etc. Au contraire, c'est sur ces dernières qu'il faudra diriger les otorrhées des adultes et des vieillards, dues à des dermites, à des séborrhées, tantôt sèches, tantôt humides, d'origine arthritique, et à Saint-Gervais, Saint-Sauveur ou Uriage.

La médication arsénicale est applicable dans tous ces cas.

Faut-il répéter que les catarrhes naso-pharyngiens, les flux muqueux concomitants seront traités, en même temps que les surfaces cutanées périotiques seront aseptisées : ces cures touchent plusieurs points à la fois, ce qui explique leur grande activité ?

Otorrhée des tuberculeux. — L'otorrhée est fréquente chez les tuberculeux ; la tendance ulcérative, destructive de ces lésions, montre assez la déchéance des forces de l'organisme, et combien une thérapeutique reconstituante est indiquée. On sait les médications nombreuses par lesquelles la tuberculose est combattue; les glycérophosphates, l'huile de foie de morue, la suralimentation ; la viande crue ; puis l'habitation à la campagne, dans une station élevée (Saint-Moritz, Ragatz, Davos,

etc.), et les eaux du Mont-Dore, de la Bourboule, en France, ainsi que les chlorurées sodiques et calciques, les sulfureuses légères, les salines, les arsénicales de tous les pays, suivant la forme de l'évolution morbide, torpide ou irritable.

Je ne connais pas d'observation de guérison d'une otorrhée par la tuberculine de Kock, ni par le cantharidate de soude, ni par les injections de sérums artificiels ou par celles du gaïacol, d'eucalyptol, etc., ni par les sulfites à l'intérieur ou par l'iodoforme ; beaucoup de ces moyens sont à essayer.

Notons, en passant, l'apparition possible d'une otorrhée après une cure sur les hautes vallées, à Davos, par exemple, ou après une saison au Mont-Dore (Gellé) ou à la Bourboule ; ces retours n'ont pas d'autre cause qu'une rhino-pharyngite.

La sérothérapie donnera-t-elle des résultats dans l'otorrhée bacillaire ?

C'est la médecine de l'avenir : or, d'après les récentes observations de Broca (27 juillet 1895, Soc. Biologie), je ne puis que la recommander. En effet, des ulcérations cutanées tuberculeuses rebelles ont été ainsi guéries complètement ; et il y a là un trop heureux présage pour que je ne le signale pas. Le professeur Marigliano vient aussi de montrer la puissance de ces nouvelles méthodes séro-thérapiques.

Otorrhée des enfants. — L'otorrhée chez les petits enfants au sein peut être tuberculeuse ou hérédo-syphilitique ; l'état connu des générateurs sert de guide dans le premier cas ; la résistance aux soins topiques conduit à essayer le traitement spécifique dans le second : il est rapidement alors suivi d'amélioration décisive.

Mais souvent on doit reconnaître dans le mauvais état de santé, dans l'épuisement de la mère, dans l'allaitement insuffisant ou toxique, la cause d'entretien de l'écoulement ; on change de nourrice ; et les gourmes du pavillon, la séborrhée du conduit, l'écoulement puriforme si tenaces disparaissent vite. Nous avons déjà parlé des soins hygiéniques de l'allaitement artificiel et des effets préventifs d'une bonnne alimentation à cet âge.

Otorrhée des scrofuleux. — D'autre part, chez les enfants

scrofuleux où l'otorrhée se complique d'engorgements ganglionnaires et de catarrhes du rhino-pharynx, avec ou sans adénoïdes, la médication interne vient heureusement en aide au traitement topique fondamental de la muqueuse et de l'oreille. Les ferrugineux, l'arséniate de soude allié au vin de quinquina, aux amers, les glycéro-phosphates, l'huile de foie de morue ; la campagne, puis, les eaux minérales salines (Kreuznack, Ischl, Brides, Salins) ; ou bien, les chlorurées sodiques (La Bourboule, Uriage, Saint-Moritz, Saint-Gervais) ; les ferrugineuses (Spa), les arsénicales (Mont-Dore), enfin les sulfureuses (Acqui, Challes, Barèges, Bagnères, Saint-Honoré, etc.), remplissent au mieux l'indication persistante de relever l'organisme, d'aider une croissance. J'ajoute qu'aucun traitement topique sérieux ne peut être fait chez les enfants, aux stations thermales, à moins de bien connaître l'état de la lésion auriculaire, et les procédés scientifiques de l'otiatrique.

Allaitement chez les otorrhéiques. — L'allaitement sera déconseillé ou rapidement supprimé chez les femmes ortorrhéiques ; certaines voient leur écoulement reparaître à chaque grossesse.

L'allaitement aggrave la maladie otique, provoque l'infection et les complications graves ; en tous cas, c'est une condition de sa chronicité par l'épuisement consécutif.

La pathologie de la peau du conduit offre à la clinique toutes les affections cutanées connues ; et leur traitement n'a rien d'absolument spécial à l'oreille.

Je renvoie aux traités de dermatologie et à nos classiques. J'en ai dit la prophylaxie : l'antisepsie y joue un grand rôle.

Otite chronique. — Nous voici en présence d'un autre type clinique : l'otite chronique, aussi fréquente que l'otorrhée.

Au point de vue thérapeutique, sous son unité apparente, l'otite chronique comprend plusieurs modalités pathologiques et symptomatiques bien tranchées, formant autant de types particuliers, qui comportent chacun des indications spéciales.

Nous les esquisserons rapidement. Tout d'abord la chronicité s'explique par les retours, les recrudescences des états

fluxionnaires, sécrétoires, etc., de la première heure ; ces poussées saisonnières, secondaires à des affections récidivantes du nez, de la gorge, doivent être soignées comme une affection subaiguë ; et les crises atténuées ou évitées par un traitement général et une hygiène prophylactique.

L'hydrothérapie pourra combattre avantageusement la prédisposition aux catarrhes des premières voies. Les eaux thermales, sulfurées, salines, chlorurées : sont toutes excellentes à ce point de vue (Huysmann, Politzer, Gellé).

Dans la période plastique, les eaux thermales, les bains de vapeur ou d'étuve sèche (Aix-la-Chapelle) activent la résolution chez les sujets forts et chez les arthritiques ; chez les convalescents, les eaux ferrugineuses (Spa, Bussang), les iodiques (Challes, Hall), les arsénicales (Mont-Dore, la Bourboule) sont indiquées. Chez les affaiblis, les salines fortes (Kreuznach, Ischl, Salies) et les douches sulfureuses chaudes rapides (Aix, Bagnères, etc.).

Chez les individus sanguins, congestifs, on évitera les cures thermales ; les bains chauds souvent aggravent la surdité (Ruthen) ; il en est noté de subites dans le bain chaud (deux cas, Gellé). Chez les neurasthéniques, les douches froides sont en général excellentes. Les syphilitiques vont à Aulus, Barèges. Vichy, Néris, Dax, Saint-Sauveur, chez les rhumatisants excitables, remplissent bien l'indication.

D'autre part, la mer est absolument défendue dans la période anté-scléreuse.

Otalgie. — Certains types d'otites chroniques se distinguent par la prédominance d'un signe.

L'otalgie, la névralgie otique, même entretenue par une lésion, sont rapidement guéries soit par le traitement spécifique (mercuriel surtout) s'il y a exostose tympanique, accident secondaire, etc. ; soit par les ferrugineux, les toniques, l'arséniate de soude, chez les anémiques ; chez tous, le sulfate de quinine seul ou associé à l'aconit est radical ; et s'il y a impaludisme, à plus forte raison.

Les crises tabétiques sont soulagées par le salicylate de soude et la phénacétine ; chez les hystériques, les neurasthéniques, les épuisés, elles cèdent aux douches froides.

Dans la sclérose, celles-ci ont un effet calmant, sédatif sans pareil, quelque soit l'âge de l'individu ; il faut en graduer habilement la température au début. Il est bien entendu que ces assertions sont appuyées sur des faits cliniques personnels, et sur l'opinion des maîtres aux traités de qui je renvoie.

Vertige. — Autre type clinique : le vertige caractérise suffisamment certaines formes d'otites ; tantôt il est rapporté à une compression secondaire du labyrinthe ; tantôt à des lésions de celui-ci ; tantôt c'est un réflexe, un trouble sympathique, avec ou sans lésion otique.

Si le patient est pléthorique, une saignée (Withers), quelques sangsues au siège, le soulageront vite ; de même un purgatif énergique, s'il est hémorroïdaire ; pendant l'accès, avec nausées, vomissements, faiblesse des jambes, on fera respirer de l'éther, ou du bromure d'éthyle ; s'il dure, le sujet sera couché ; on lui donnera de la glace et la potion de Rivière. Un Politzer est immédiatement effectué, et la raréfaction doit être essayée ; de même, les pulvérisations d'éther ou de chlorure d'éthyle sur l'apophyse mastoïde.

Le sulfate de quinine est, à mon avis, le médicament de choix dans le vertige auriculaire ; on le donne à dose de 0,60 à 0,80 centigrammes par jour, durant 10 à 12 jours. Il est prescrit par tous les auteurs, d'après Charcot : il calme l'excitation réflexe : il est anesthésique. Le chlorhydro-sulfate causerait moins de bourdonnements (Gellé, Charcot, Cheatham). On paraît s'être trouvé bien de l'emploi de la pilocarpine en injections hypodermiques, suivant les indications de Politzer, de Böke, Field, Corradi, G. Metcalfe, Mackenzie, Virmonsky, Cresswell Baber, etc.

Dans une affection aussi tenace et aussi sérieuse, c'est une véritable conquête. Depuis longtemps, on traite le vertige otique avec de bons résultats par le bromure de potassium, soit par les iodures ; c'est classique : le premier tempère l'excitabilité réflexe ; le second, vaso-dilatateur, s'adresse à l'artério-sclérose. La dyspepsie, les troubles digestifs, la pléthore abdominale provoquent le vertige de Menière ; et, on arrête les accès en améliorant ces états morbides par la

diète lactée, le régime approprié, et une hygiène entendue. L'oreille souffre par l'estomac : c'est ainsi que Vichy soulage certains vertiges ; de même l'asepsie du tube intestinal, arrête la formation des toxines, des acides gras, et l'intoxication consécutive. Quant aux troubles vertigineux, prodromes de l'attaque de goutte, ils sont avec succès traités par le salicylate de soude (Charcot, J. Gay, Gellé).

Le séjour à la campagne, au grand air, calme beaucoup de vertigineux ; le repos, loin des affaires, le calme, le sommeil réglé, la cessation de tout travail intellectuel sont des conditions indispensables parfois à la réussite ; les veilles, la fatigue, les chagrins doivent être évités.

Le vertige de Ménière prodromique ou non du tabes est variable ; mais il résiste à tout, use tout, et peut durer des années.

Le vertige symptomatique de l'hémorrhagie labyrinthique cesse de lui-même en quelques semaines, et plus tôt avec le sulfate de quinine, les antiphlogistiques immédiatement appliqués, puis l'iodure de potassium.

Chez les alcooliques, le régime lacté agit remarquablement vite, avec cessation du toxique.

D'autre part, l'otite grippale, suppurée ou non, laisse à sa suite un état d'endolorissement et d'excitabilité de l'appareil labyrinthique, tels que les vibrations, sinon le bruit de la parole, étourdissent, abasourdissent le patient.

Ces états vertigineux, de faiblesse irritable, expliqués par une hyperexcitabilité des nerfs des ampoules labyrinthiques et des centres réflexes, sont soulagés grandement par les douches froides ; et je m'en suis souvent très bien trouvé depuis l'influenza.

Celle-ci nous a fait toucher du doigt l'étiologie infectieuse des névroses. L'hyperesthésie labyrinthique peut être entretenue par des troubles de la circulation locale ou céphalique, donnant lieu à de la congestion de la tête ou, au contraire, à de l'anémie chez les cardiaques, dans l'albuminurie ; ailleurs, elle est éveillée par les toxines urémiques ou autres.

Les utérines offrent fréquemment du vertige avec une lésion otique unilatérale, scléreuse, et des signes de labyrinthisme.

Le traitement de l'affection génitale est indispensable à la cure ; le sulfate de quinine et les douches froides ici font encore merveille. De même chez les épuisés, après les pertes, les diarrhées, la dysenterie, etc., les grandes privations, l'affection otique récente ou ancienne prend l'allure vertigineuse ; celle-ci se modifiera par le traitement indiqué.

Chez les arthritiques, le vertige est fréquent au moment de la ménopause ; tantôt congestif d'origine, tantôt spasmodique et neurasthénique ; une déplétion par les drastiques réussit dans le premier cas ; les douches froides, et les toniques, etc., dans l'autre. Il est évident que pendant et après ces crises de vertige, la lésion scléreuse auriculaire reste identique ; il n'y a qu'un état labyrinthique ajouté, sur lequel la thérapeutique générale peut agir.

Le médecin emploiera donc tout l'arsenal des prescriptions classiques ordonnées dans les névroses (strychnine, arsénicaux, reconstituants; douches froides, graduées, etc.,) on est en effet en présence d'une névrose labyrinthique : le traitement général est actif et nécessaire. Mais certains états vertigineux et des accès même ont une durée insolite et résistent à nos médications ; ne pourrait-on pas, en pareil cas, essayer de l'administration à l'intérieur, *per os*, de l'extrait de reins de porcs, broyés et filtrés, additionné d'autant de glycérine, remède indiqué récemment par le Dr Bra, contre le vertige épileptique, et qui a donné des résultats encourageants (Soc. Biol. 20 juillet 1893). C'est une application heureuse des idées de Brown-Séquard sur la sécrètion interne des glandes.

Je ne fais que mentionner le vertige auriculaire chez les artério-scléreux, et chez les saturnins, l'iodure et le lait les soulagent d'ordinaire. On doit remarquer en clinique combien peu de vertiges cèdent sans la médication interne, qui peut suffire à en empêcher le retour.

Bourdonnements. — Les sourds qui se plaignent de bruits subjectifs, de tintouins, forment un autre type clinique auriculaire fréquent, également très tranché. Les bourdonnements gênent plus que la surdité. Qui oserait avancer que le traitement local suffit pour les tous guérir ? leur origine est une

hyperesthésie acquise du nerf labyrinthique, branche sensorielle. Cet état a persisté après l'otite ; ailleurs, dans l'otite chronique et la sclérose, il se réveille sous l'influence des poussées nouvelles, des lésions du voisinage, enfin par des actions réflexes dont le point de départ est plus général, dans l'économie. La sclérose otique est fixe ; les bruits sont, au contraire, des plus variables ; ils reconnaissent donc bien d'autres causes que la lésion locale, qui constitue la prédisposition.

Mais il n'est pas toujours facile de les découvrir et, ceci fait, il l'est souvent moins de les guérir.

Nous retrouvons encore les divisions et les indications particulières aux divers éléments étiologiques reconnus. Le bourdonnement est lié à un état congestif, passif dans les artério-scléroses et les affections cardiaques ; il est soulagé par la cure lactée et l'iodure de sodium ; ou à l'état d'hypotension artérielle dû à l'abaissement des forces du cœur, il sera traité et guéri par le lait et la kola, la strychnine, la caféine, etc.

L'anémie des albuminuriques, des convalescents, des épuisés, demande les reconstituants, les eaux ferrugineuses, etc ; enfin les névropathies exigent les arsénicaux, les eaux sédatives de Néris, Dax ; les climats tempérés, les belles vallées (Grasse) ; et chez les moins excitables les chlorurées sodiques faibles, chaudes, les thermales simples, ou les ferrugineuses (Spa, Franzensbad, Lamalou, Capvern, Bagnères-de-Bigorre, Baden, Tœplitz).

Les eaux sulfureuses de Challes, de Barèges, de Luchon, de Cauterets, les bains iodés de Hall ; les eaux salines fortes de Salies, Kreuznach, Ischl, s'adressent aux affections des muqueuses naso-pharyngiennes et doivent être réservées aux formes torpides, aux natures plus calmes et moins énervées.

Dans la sclérose, la mer soulage certains bourdonnements insupportables ; comme le font les douches froides, même chez les diabétiques. Dans les affections de l'estomac de nature goutteuse ou arthritique, les tintouins si persistants sont diminués sous l'influence d'un régime sévère approprié ; aidé des

eaux de Vichy, de Cusset, d'Alet, du Boulou, de Carlsbad ; tandis que les eaux de Cransac, de Balaruc, de Marienbad, de Pullna, de Montmirail et de Châtel-Guyon réussiront chez les pléthoriques sédentaires, et les hémorroïdaires, et les congestifs.

Dans la médication interne dirigée contre les bourdonnements tenaces, je citerai : l'hyosciamine, le soir ; le bromure de strontium, comme vaso-constricteur ; le chloral comme somnifère ; la cannabine dans les gastralgies avec redoublement des bruits après le repas ; les sels de Vichy ou de Carlsbad dans les dyspepsies.

La suppression du café, du thé, des boissons alcooliques, la suspension des veilles, des travaux de l'esprit, des affaires, s'imposent.

Les bruits subjectifs liés à certaines névralgies ou hyperesthésies d'origine palustre, dentaire, anémique, seront facilement supprimés par le sulfate de quinine à doses fortes : en calmant l'élément douleur on fait cesser les spasmes musculaires et les bruits qui en résultent.

Dans la défervescence de l'otite, l'ergotine calme ou décongestionne l'oreille. D'autre part, le traitement spécifique est toujours très actif dans la sclérose d'origine hérédo-syphilitique comme dans la syphilis acquise (Gruber). Mais souvent aussi, le bruit persiste ou revient avec ténacité, surtout chez les névropathiques.

L'éréthisme, l'ouïe douloureuse, les battements, l'état mental, qui accompagnent si souvent les tintouins chroniques, sont améliorés sérieusement par le séjour à la campagne, par les douches froides ; et, comme Dana le recommande, par le bromure, le pepto-fer et la spartéine, prescrits par tous les auteurs. L'acétanilide, l'antipyrine calment davantage l'hyperexcitabilité de certains sujets (Cazeneuve, L. Cuinier). Mais le sulfate de quinine est assez mal supporté ; les hypnotiques sont alors préférables. On ajoutera toujours un régime reconstituant (peptones, viande crue râpée, glycérophosphates, strychnine, ferrugineux, etc.).

Certains bruits ne cèdent que par l'habitation sous un climat chaud, sec, à l'abri des vents, dans une vallée silen-

cieuse (Grasse, Néris, Dax, Venise, lac de Côme, Biskrâ, Gastein). (Voir Szenes, Boyton).

Le massage est un des meilleurs agents reconstituants et sera utilisé avec profit dans les tintouins les plus rebelles.

Le massage s'est montré utile dans le vertige et dans les bourdonnements ; chez les neurasthéniques, les épuisés, Charcot, Van Lair, Craicth l'ont recommandé. G. Nöstron masse la nuque ; les tempes surtout ; le massage vibratoire d'Urbantschitsch est aussi calmant des bruits. Le régime a parfois une influence décisive et rapide ; le régime lacté, chez les éthyliques, chez les gros mangeurs et les buveurs ; l'abstinence de viande noire ou rouge ; la diète sèche ou le régime légumiste sont salutaires à plusieurs titres. Les exercices du corps au grand air, dans une mesure réglée, combattent les effets de la sédentarité ; la bicyclette, le cheval font d'excellentes cures.

Les voyages en chemin de fer sont très redoutés des sujets affectés de tintouins ; ceux-ci redoublent à leur suite.

Surdité. — Nous voici maintenant en présence du type clinique où la surdité domine.

Tout d'abord apparaît une forme clinique bien tranchée, la *surdité subite*, la surdité grave, évoluant en peu de jours, en quelques heures : son étiologie est multiple ; et je dois avouer les tristesses de son traitement trop souvent inutile, et trop tardif.

En général, l'examen ne découvre aucune lésion de la caisse ni de ses annexes. Dans un cas, c'est au cours où à la suite des oreillons chez un adulte plutôt ; dans un autre, c'est au début d'une albuminurie ; ailleurs, après une amygdalite suppurée, dite infectieuse ; ou bien, chez un syphilitique, sans cause connue ; ou bien encore c'est à la suite d'une crise hystérique, ou hystéro-traumatique ; comme dans le cas de Barthélemy, cité par Hermet, où le malade devint sourd subitement quand on lui annonça qu'il avait la syphilis, et guérit un an plus tard aussi subitement.

L'épilepsie, la congestion cérébrale, causent aussi la surdité subite ; de même l'hémorrhagie labyrinthique.

Le traitement interne, trop souvent simple consolation

médicale, dépend du diagnostic posé. Des sangsues, des révulsifs, des drastiques, la colchique sont indiqués, si l'on croit à une hémorrhagie, à un épanchement, de même en cas d'affection rénale ; les frictions sèches, la strychnine, les douches froides, le massage, la cure d'air, dans les formes nerveuses. Aujourd'hui on préconise la pilocarpine ; elle doit être administrée de bonne heure ; Politzer, Girmonsky, Cresswell Baber, Dalby, Suarez de Mendoza,Corradi,J. Baron, Hyde Hill, etc., en ont signalé les effets inconstants, mais parfois utiles, et, surtout si l'on intervient au début. En somme, les améliorations sont rares. Les surdités et surdimutités qui succèdent à la courte maladie de Voltolini restent aussi au-dessus de nos moyens ; nous arrivons trop tard.

Pourquoi ne pas essayer en pareil cas, d'après les idées de Brown-Séquard, l'extrait de reins indiqué plus haut, soit même l'extrait des parotides dans les oreillons, (Gellé) ou le suc thyroïdien dans certaines cachexies (Gley). L'étiologie infectieuse est trop générale pour que la séro-thérapie ne trouve pas aussi là son emploi dans l'avenir. On retrouve de plus ici toutes les indications énoncées plus haut à propos du vertige et du bourdonnement d'oreille ; je n'y reviens pas.

Cependant, en l'absence des troubles fonctionnels et subjectifs précédents, il sera bon d'ordonner la strychnine à doses rapidement élevées, la kola, le café, et la caféine, le thé ; puis les inhalations de chloroforme et d'éther ou d'éther bromhydrique ; ces stimulants du système nerveux réveillent la sensibilité de l'acoustique. De légères doses de quinine, ou de salicylate de soude, sont parfois utiles à ce point de vue ; la quinine à haute dose est à redouter chez le sourd. Les bruits avec trépidations améliorent l'audition ; avec Mathias Duval (Soc. Biologie) beaucoup de médecins admettent qu'ils excitent les foyers cérébraux auditifs et l'attention. Parlerais-je de la suggestion et de l'hypnotisme ? Evidemment certaines formes d'hyperesthésies sensorielles d'états spasmodiques, et de parésies d'origine plutôt nerveuse (neurasthénie, hystéro-traumatisme), paraissent susceptibles d'être améliorées ou au moins traitées par ces pratiques ; mais, pour la surdité, d'après les résultats, nous sommes loin

de l'enthousiasme de Braid (1883, trad. J. Simon) et nous sommes plus difficiles. Cependant j'ajouterai que M. Ochonowicz (De la suggestion mentale, 1887, p. 95), indique, au cours d'une expérience d'hypnotisme, avoir constaté une évidente hyperacousie du sujet : ces phénomènes d'excitation transitoire sont bien connus. D'ailleurs, on peut rencontrer des sujets comme celui du Dr Barthélemy ; et on comprend qu'il soit possible de les traiter par l'hypnotisme, ou la suggestion, dont se louent Bérillon et Janet. Qu'il y ait ou non une lésion *auriculaire*, c'est par le cerveau que l'on entend, en réalité ; tout modificateur du système nerveux est donc susceptible d'agir sur l'audition.

Electricité. — Le traitement général des affections auriculaires utilise encore un puissant modificateur, l'électricité. Bien que son emploi en otologie doive faire l'objet spécial du travail de mon honorable co-rapporteur, je ne puis manquer d'en signaler l'importance curative générale. Les courants sinusoïdaux de d'Arsonval excitant directement le muscle sans le nerf, sont indolores dans leur application aux muscles tympaniques ; sous la forme de bains électriques plus ou moins prolongés, sur le tabouret isolateur et d'étincelles, d'une application pratique facile ; on peut obtenir de l'emploi de l'électricité statique, chez les débilités, les neurasthéniques irritables, chez les nerveux intolérants qui n'acceptent rien des autres traitements généraux, des effets sédatifs, stimulants, toniques, qui se manifestent par l'atténuation ou la disparition des troubles subjectifs éprouvés et l'amélioration secondaire de l'audition.

De plus, avec d'Arsonval, la thérapeutique vient de s'enrichir d'une méthode nouvelle, pratique depuis peu, par laquelle on agit sur la nutrition, l'assimilation ; les échanges, les fonctions les plus intimes de l'organisme, au moyen de l'auto-induction, par les courants intermittents de haute fréquence, dont la tolérance est si étonnamment remarquable ; certainement ce sont là des ressources thérapeutiques qui ne sont point à négliger (Gauthier, Larat, Plicque).

Me voici au terme de mon sujet ; c'est une revue. J'ai parcouru toute la pathologie auriculaire ; et, pour chacun des

types cliniques principaux, j'ai cherché à établir les indications thérapeutiques et les divers moyens de les remplir par la médication interne, par l'hygiène et la diététique, et l'électricité, l'hydrothérapie. J'ai montré les ressources de l'avenir dans la sérothérapie, médication encore à l'étude.

Dans ce coup d'œil sur la thérapeutique générale des maladies de l'oreille, vous trouverez, je pense, avec moi, la démonstration évidente de la supériorité d'action du traitement direct local, topique ; mais aussi la nécessité s'y montre d'y adjoindre cependant l'ensemble des moyens curatifs qui constituent la thérapeutique générale ; en définitive, qu'ils s'adressent à l'oreille même ou à l'économie entière, les divers traitements tendent à venir en aide, à la *nature médicatrice.*

BIBLIOGRAPHIE

Citations en plus des ouvrages ou traités classiques spéciaux.

J. Braïd. — De l'hypnotisme (traduction J. Simon. 1883), p. 153 et suiv.

Abercombie. — Du somnambulisme naturel, p. 298 et 309.

Field. — Cases of labyrinthine deafness treated by pilocarpin (1839. *Brit. med. journ.* p. 471, mars) ; id. 1892.

C. Corradi. — Surdité guérie par la pilocarpine, (*Archiv. für Ohrenheilk*, p. 33. 16 décembre 1887. in Hayem, 1888. T. XXXII, p. 295.)

Boyton. — Traitement des bourdonnements d'oreilles (*Therap. gaz.* 16 février 1889).

Cresswell Baber. — Surdité nerveuse traitée par la pilocarpine. (*Brit. med. journ.*, 23 février 1883.)

Turnbull. — Aconit dans les bourdonnements d'oreille et la surdité. (Dict. sc. med. p. 583 ; article : Acoustique. Gavarret).

Cheatham. — La quinine dans les maladies de l'oreille. (*Amer. pract. and news*, 24 février. 1894).

G. Metkalse. — Pilocarpine dans les affections de l'oreille (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*. 1894, p. 754).

Huysman. — L'eau froide et les maladies de l'oreille (Soc. néerl. d'otol. Utrecht, 2 juillet 1893.)

Stamoff. — Recherches sur le vertige électrique dans les maladies de l'oreille (Thèse inaug. Genève, 1892.)

Rutten. — Vertige auriculaire dans le bain (*Presse. belge. med.* 31 juillet 1892).

Stephen Mackenzie. — Remarque sur la nature, le diagn., le pronos. et le trait. du vertige auditif (*Brit. med. jour.* 5 mai 1894, p. 953 ; et, *Annales des mal. de l'or. et du larynx.* 7 janvier 1895, p. 100.)

L. Cuinier. — De l'action thérapeutique de l'antipyrine dans les otites (Thèse Lyon, décembre 1892. in *Annales des mal. de l'or. et du larynx.*)

Cazeneuve. — Action thérap. de l'antipyrine dans les otites, etc. (Soc. nat. méd. de Lyon, 12 déc. 1892, et in *Lyon méd.* 1893, 8 janvier.)

Gruber. — Du traitement syphilitique des maladies de l'oreille (*Annales des mal. de l'or. et du larynx,* janvier 1895. p. 74).

Grand. — De l'influence du climat sur les affections auriculaires et naso-pharyngées (*Lyon méd.* 30 septembre 1894.)

J. Gay. — Un cas de mal. de Ménière guéri par le salicylate de soude (*Brit. med. journ.,* 9 septembre 1893).

Sir V. B. Dally. — Note sur le vertige auditif (*Brit. med. journ.* 12 mai 1894).

Szenes. — Path. et trait. des bourd. d'or. (2e réunion otol. allem. *Archiv. für Ohrenheilk.,* juillet 1893).

Hyde Hill. — 2 cas de surdité traités par la pilocarpine (Cambridge. med. soc. 18 juillet 1891 et *Brit. med. journ.* novembre 1891).

B. J. Baron. — Maladies du labyrinthe traitées par la pilocarpine (4 cas.) (*Annales des mal. de l'or. et du larynx.* 21e vol. 1ere partie. p. 493, 1895).

Shirmunsky. — Pilocarpine dans les affect. de l'or. (*Annales des mal. de l'or. et du larynx.* p. 102. 21e vol. 1re partie 1895).

Barthélemy. — Cité par Hermet (Soc. derm. et syphiligr. 13 novembre 1894).

Ed. Woakes. — The connexion of estomac and vertigo labyrinthic (*Ann. journ of med. sc.* 1878).

Broca et Charrin. — De la sérothérapie dans la tuberculose cutanée (*Soc. biolog.* 27 juillet 1895).

A. Bouyer. — Trait. des mal. catarrhales de l'oreille à Cauterets (*Gaz. Hôp.* n° 91, p. 85, 7 août 1894).

Castex et Ladreit de Lacharrière. — Indic. et contr'ind. du trait. marin, etc. (Congrès de Boulogne-sur-Mer, in *Annales des mal. de l'oreille et du larynx,* 1894, 27 juillet).

Charrin. — Influence des toxines sur la descendance (*Soc. biol.* 27 juillet 1895.)

M. Bride et A. Jamer. — Epilepsie et vertige dans leurs rapports avec les mal. de l'or. (*Arch. neurol.* T. I, p. 475, et *Edinburgh med. journ.* février 1880.)

Ladreit de Lacharrière. — (*Annales des mal. de l'or. et du larynx.* 1879).

Bobone. — *Boll. dell malattie dell. oreochio,* 1885.

P. Böke. — De la pilocarpine dans les malad. de l'oreille (IVe Congrès d'otologie à Bruxelles.)

SUAREZ DE MENDOZA. — Pilocarpine dans surdité après fièvre typhoïde (C. R. IVe Congrès d'otologie id.).

BERGERON. — De Berck-sur-Mer in Revue de Moure.

J. MOURE. — Des bains de mer dans les mal. de l'or. (IVe Congrès d'otologie à Bruxelles, et Revue de Moure).

KNAPP. — *New-York rev.* mai 1879. n° 18.

MORPURGO. — *Lo sperimental.* décembre 1879, n° 12.

COZZOLINO. — Leçons, etc. 1885, et in *Annales des mal. de l'or. et du larynx.*

S. SEXTON. — *Med. record*, mai 1878.

HESSLER. — Upon the climatic traitement of. chron. othorrhée (*Münch. med. Woch.* n° 50, 1894).

BEZOLD. — Pilocarpine et iod. de pot. dans les surdités nerveuses. A review of. the present states of. otologie, par Block de Friburg 1892.

GRADENIGO. — (Et Pes.) Upon the rationnal treatment of acute inflammation of the midle Ear (*Arch. of. otol.* vol. 38,p. 43.)

Dr WITHERS. — Vertige rapporté à tension artérielle exagérée guéri par saignée (*Brit. med. journ.* 2 juin, 1894 et *Archiv. otolog. New-York*, avril 1895).

PLICQUE. — L'électricité en otologie (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*, vol. IX. 1894).

ED. BRADFORD, DEUCH. — Pilocarpine et iodure pot. dans la syphilis otique, — et in diseases of the perceptive mécanisme, etc. — Diseases of the ear. New-York, 1894.

D'ARSONVAL. — Courant sinusoïdaux (*Soc. biolog.* T. III, p. 392. 9e série, 29 mai 1893).

BOUCHARD. — Communication, congrès de Bordeaux. (*Presse medicale*, 14 août 1895).

H. ROGER. — *Presse médicale*, 14 août 1895.

LABORDE. — (V) — — 1895, et *Tribune médicale.*

MARFAN. — Des sources de l'infection chez le nourrisson. (*Presse médicale*, 5 janvier 1895).

WURTZ ET LERMOYEZ. — Le pouvoir bactéricide du mucus nasal (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*, août 1893 et mai 1895, p. 565).

. LERMOYEZ ET HELME. — Un cas d'amygdalite coli-bacillaire (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*, août 1894, n° 8).

GELLÉ. — Du jaborandi dans les otites catarrhales aigües, 1879. (C. R. Soc. med. pratique.)

EEMANN. — De la nature de la sclérose auriculaire (sclérose, affection trophique d'origine nerveuse). (*Annales des mal. de l'or. et du larynx.* 1894, août, n° 8.)

APOSTOLI ET BERLIOZ. — Action thérapeutique des courants à haute fréquence,auto-induction du P^r d'Arsonval. (B. Acad. sc.,18 mars 1895.)

LERMOYEZ. — (*B. Soc. française d'otologie.* 1895,avril, et *Annales des mal. de l'or. et du larynx.*)

II

SUR UN CAS RARE D'OTITE EXTERNE D'ORIGINE INFECTIEUSE

Par le Dr **S. SZENES**, de Buda-Pesth (1).

Blau (2) et Hessler (3) ont eu le mérite d'attirer l'attention sur cette maladie du conduit auditif externe, qui provient d'une infection. Ces deux auteurs concluent dans leurs mémoires que tous les auristes ont observé sûrement des faits analogues à ceux qu'ils rapportent, aussi n'insisterai-je pas sur le sujet en général, bien qu'il s'agisse dans mes observations d'inflammations, qui toutes ont une origine infectieuse. Et si j'enrichis la casuistique d'un nouveau cas d'otite externe, ce n'est qu'en raison de la rareté de l'infection.

Anna B , nourrice, âgée de 26 ans, m'est adressée par mon aimable confrère, le Dr Braun, médecin d'enfants de Buda-Pesth, le 7 novembre 1894. La malade se plaint depuis quatre jours de douleurs dans l'oreille droite qui durent toute la journée, mais sont toutefois supportables, tandis que la nuit elles augmentent au point d'empêcher le sommeil. L'oreille est sensible à la moindre pression.

Au premier examen, je trouvai le conduit auditif droit rempli de pus fétide et son ouverture réduite au minimum, à tel point qu'après un nettoyage soigneux de l'oreille avec des pinceaux d'ouates très petits, je ne pus introduire que des spéculums auriculaires de calibre des plus restreints, et cela au prix de vio-

(1) Communication lue le 2 juin 1895 à la 4e séance de la IVe réunion de la Société d'Otologie allemande à Iéna.
(2) *Archiv f. Ohrenheilk;* 19 Bd. p. 206, et 26 Bd. p. 229.
(3) *Idem* 26 Bd, p. 39, et *Deuts. med. Woch.*, 1888, n° 17.

lentes souffrances. Les parois du conduit auditif étaient très gonflées et durcies, mais toutefois après l'introduction de spéculums minces, et à l'aide d'un bon éclairage au gaz, je distinguai nettement la membrane tympanique normale quoique faible. Lorsque le spéculum était dans l'oreille, l'audition devenait à peu près normale, mais le pouvoir auditif diminuait sensiblement quand on retirait le spéculum, de sorte que lors de l'épreuve de Weber, le son du diapason était latéralisé au côté droit affecté, il en était de même de l'épreuve de Rinne. Il existait dans l'angle sous-maxillaire droit quelques ganglions lymphatiques tuméfiés dont la dimension variait du volume d'un pois à celui d'un haricot.

La malade attribuait son affection à ce que l'enfant qu'elle nourrissait avait été vacciné la semaine précédente, et que les pustules avaient apparu sur les deux portions supérieures des bras, et elle croit qu'elle a dû s'introduire quelque chose dans l'oreille avec les doigts ; son oreille la démangeant fréquemment, elle a l'habitude de se soulager en introduisant son doigt dans le conduit auditif externe. De plus, la malade portait aussi une pustule vaccinale de un centimètre de diamètre, s'étendant de l'angle gauche de la bouche sur la joue gauche.

Je fus ainsi éclairé de suite sur l'origine de la maladie et j'ordonnai des cataplasmes chauds à la farine de graine de lin, qui provoquèrent le lendemain une sécrétion purulente plus abondante encore de l'oreille droite, mais qui détendit les parois du conduit auditif.

Il existait sur la paroi inférieure, un endroit proéminent un peu plus dur, situé près de l'orifice externe du conduit auditif externe, mais les parois voisines du conduit étaient infiltrées, de sorte qu'on devait renoncer à l'opinion de l'existence d'une *otite externe circonscrite* et admettre celle d'une *otite externe diffuse*.

A la suite de la progression de la sténose, la suppuration s'arrêta, mais l'écoulement du fond de l'oreille demeura toujours fétide. Après avoir nettoyé soigneusement l'oreille, j'essayai d'introduire dans le conduit un tampon d'ouate imbibé d'une solution de menthol à 15 $^0/_0$, et pour prévenir l'insomnie, je prescrivis 3 grammes de chloral. Mais la malade n'absorba qu'une partie de la dose prescrite, et elle eut la nuit un véritable accès de délire qui ne céda qu'après qu'elle eut bu le reste de la solution chloralée. J'enlevai le tampon mentholé obturateur, car il était imprégné de pus, et un confrère appelé,

émit l'idée que l'obstruction avait pu déterminer des accidents de rétention. Je cessai donc la médication par le menthol, je recommandai des cataplasmes froids et injectai quotidiennement dans l'oreille une faible solution de lysol, au moyen d'une canule introduite dans le conduit auditif externe, et ce n'est qu'au bout de six jours, le 13 novembre, que je revins au traitement mentholé plus facile à appliquer. Entre temps, la tuméfaction des parois du conduit avait sensiblement diminué sous l'influence des cataplasmes froids et on ne distinguait presque plus de ganglions lymphatiques engorgés à l'angle sous-maxillaire.

Sous l'influence du menthol, l'orifice du conduit se dilata de jour en jour davantage, et je vis le 25 novembre, c'est-à-dire douze jours plus tard, une excroissance granuleuse sur la paroi inférieure du conduit, que je cautérisai à plusieurs reprises au nitrate d'argent, puis je bouchai le conduit avec des tampons de plus en plus gros imbibés d'huile mentholée. Par ce traitement, la suppuration persista jusqu'au 1er décembre (23 jours en tout), il survint ensuite une légère desquamation des parois du conduit à la place de l'excroissance située sur la paroi inférieure du conduit auditif, on voyait une petite croûte de cérumen et d'épiderme, et lorsque la malade revint me voir dix jours après, la croûte était tombée et à sa place, c'est-à-dire à l'entrée du conduit auditif externe, sur la paroi inférieure, on voyait une dépression cicatricielle de la peau, semblable à celles que nous portons tous au bras, à l'endroit où nous avons été vaccinés.

Il est donc indubitable que ce cas d'otite externe est d'origine infectieuse, la nourrice s'étant contagionnée par le bras de son nourrisson.

On a décrit en ophtalmologie des cas d'infections semblables qui s'étaient portées sur la conjonctive, mais à ma connaissance, on n'en a pas publié dans notre spécialité, c'est ce qui m'a déterminé à publier mon observation en raison de sa rareté.

III

DEVONS-NOUS DANS DES CAS AIGUS NOUS PRONONCER POUR OU CONTRE L'OUVERTURE DE L'APOPHYSE MASTOIDE?

Par le Dr **S. SZENES**, de Buda-Pesth (1).

A la troisième réunion de notre Société, Walb (2) s'est prononcé également contre les deux extrêmes, à propos du traitement opératoire des otites moyennes suppurées chroniques, et il a conclu que l'on ne devait se ranger à aucun des deux moyens, mais les employer consécutivement.

Je crois aussi qu'il faut rejeter cette question en ce qui concerne les cas aigus, car ici le plus souvent il s'agit d'une indication vitale, de même que dans les cas chroniques. Je déclarerai donc tout d'abord que je ne m'étendrai pas sur l'opération, mais plutôt sur le mode de procéder, c'est-à-dire sur la façon d'indiquer l'ouverture permanente de l'apophyse mastoïde dans les cas aigus. Car si la perforation de l'apophyse mastoïde est aujourd'hui une condition *sine qua non* de la pratique d'un auriste, qui doit être effectuée le plus souvent avec des soins chirurgicaux sévères, et qui a quelque chose de grave, je crois qu'il ne faut pas envisager l'opération comme un dernier refuge, parce qu'il faut toujours se poser la question de savoir si l'affection ne pourait guérir sans opération par les méthodes conservatrices et d'une manièredurable. Aussi doit-on agir avec circonspection, les heureux effets de l'opération pouvant aisément entraîner à un excès contraire,

(1) Communication lue le 2 juin 1895 à la 3e séance de la IVe réunion de la Société d'Otologie allemande à Iéna.
(2) *Archiv für Ohrenheilk.* Bd. 37, p. 34.

c'est-à-dire à opérer lorsque le besoin ne s'en fait pas absolument sentir.

Les indications de Schwartze ([1]) généralement adoptées sont que « dans les inflammations aiguës, primitives et secondaires de l'apophyse mastoïde, lorsque le traitement antiphlogistique (bien appliqué) n'aura fait disparaître en peu de jours (huit au plus) ni la douleur, ni l'œdème, ni la fièvre », l'ouverture est inévitable, et Schwartze ([2]) explique que l'opération n'est indiquée avec certitude que dans le cas où l'on sera sûr du diagnostic. Mais nous savons que « la douleur, l'œdème et la fièvre » ne sont pas toujours des symptômes certains, les deux derniers font défaut dans près de la moitié des cas, et même lorsque tous les accidents sont apparus, ils peuvent disparaître, et il est indifférent d'avoir été édifié par les manifestations antérieures ; et même lorsque l'on a observé les cas depuis le début jusqu'à l'évolution complète de l'affection, et même à tout moment, quand il n'existe aucune trace de lésion mastoïdienne, et que nous avons pu observer toutes les phases de la maladie. Les cas dans lesquels on peut avoir chance de reconnaître dès le début l'empyème de la cavité mastoïdienne sont très instructifs, mais il est encore plus difficile, d'après eux, de se former une opinion sur l'utilité de l'intervention opératoire. Je dois avouer qu'en considérant mes observations d'affections mastoïdiennes, il ne s'agissait pas le plus souvent de malades que je voyais pour la première fois ; au contraire, les cas où au début je n'avais observé que les premiers symptômes d'une affection de la caisse mais qui, en dépit du traitement, se compliquaient d'une maladie de l'apophyse mastoïde, nécessitaient rarement une opération.

A l'appui de mon opinion, je rapporterai un cas récemment traité :

Le 19 novembre 1894, je fus appelé de grand matin auprès de M. Charles D. négociant, âgé de 41 ans. Le malade dit être enrhumé du cerveau depuis quinze jours, mais cette indisposi-

([1]) *Handb. der Ohrenheilk.*, II, Bd, p. 791
([2]) *Ibid.* page 792.

tion ne l'entravait nullement dans ses affaires auxquelles il a vaqué ponctuellement pendant tout le temps. La nuit dernière, le malade a pu dormir, mais en se réveillant à plusieurs reprises, il s'est senti indisposé et fréquemment a été troublé par une *sensation gênante d'humidité dans l'oreille droite* sans pouvoir préciser la nature de la douleur.

Au point de vue de l'anamnése, je ferai encore remarquer que le malade est d'un tempérament nerveux, que ses parents jouissaient d'une bonne santé, mais qu'il a déjà souffert pendant une période antérieure de sa vie, d'affections graves, telles que la dysenterie ; il a eu une fois une hémoptysie, et il est prédisposé au catarrhe de l'estomac et de l'intestin. Ces accidents irritent son système nerveux ; toutefois, lorsqu'il se porte bien, le malade s'occupe avec zèle de ses affaires sans que son état soit influencé par ses occupations.

Quand le malade vint me trouver pour la première fois, je reconnus le début d'une otite moyenne aiguë, la moitié supérieure de la membrane tympanique était légèrement bombée et hypérémiée, tandis que la partie inférieure était affaissée, quoique montrant un triangle lumineux brillant. Le pouvoir auditif était amoindri pour l'épreuve de Weber, le son du diapason est latéralisé à l'oreille malade ; Rinne +. Température 37,1, Pouls 84.

Le malade voulut aller à son bureau, car il ne ressentait aucun trouble subjectif, mais comme je connaissais la famille depuis longtemps et que j'avais eu l'occasion de m'apercevoir d'un état maladif, je défendis la sortie et fit pratiquer sur l'heure des instillations de glycérine phéniquée à 15 °/₀. Je fus de nouveau mandé l'après-midi, car les douleurs de l'oreille s'irradiaient sur toute la moitié droite de la tête, en même temps que le malade ressentait une lassitude généralisée à tous les membres et qu'il se mettait au lit, espérant ainsi supporter mieux son malaise. Un gramme d'antipyrine produisit une amélioration, mais seulement de courte durée, car les douleurs augmentèrent durant toute la soirée et le malade se plaignit surtout d'une pénible sensation de compression du fond de l'oreille, du côté de l'intérieur du crâne. La paracentèse fut suivie d'un soulagement momentané et de l'issue d'une petite quantité de sécrétion purulente dans la journée, tandis que le malade ne put fermer l'œil de la nuit, malgré l'absorption de deux grammes de chloral et l'application fréquemment renouvelée de serviettes sèches chaudes.

Le lendemain (20 novembre) on vit sourdre de l'oreille un écoulement muco-purulent, les douleurs reparurent à de fré-

quents intervalles, et comme un ou deux grammes d'antipyrine ne produisaient qu'un mieux temporaire, je fis poser le soir trois sangsues derrière l'oreille. Malgré la saignée, la nuit suivante se passa également sans sommeil.

Le surlendemain, en raison de l'otorrhée profuse, je fis injecter dans l'oreille une solution boriquée à 4 °/₀ que je pratiquai moi-même deux fois par jour, et je prescrivis des cataplasmes froids sur l'oreille droite, et de prendre de l'antipyrine dès l'apparition des douleurs ; ce traitement amena des alternatives de mieux et de pire, jusqu'à ce qu'au bout de six jours, le 26 novembre, le malade put quitter son lit pendant quelques heures, et le 4 décembre, il effectua la première sortie en voiture. Au bout de trois jours, l'otorrhée reparut avec plus de violence, après avoir soigneusement nettoyé l'oreille, on vit clairement comment le pus crêmeux, sous l'influence de mouvements pulsatiles, s'était vidé dans le conduit auditif externe en passant par l'ouverture de la membrane tympanique ; toutefois il fut impossible de maintenir le malade à la chambre, et dès le 10 décembre il entreprit un voyage d'affaires à Vienne, d'où il revint quatre jours après, le 13 décembre, dans un état visiblement aggravé. Le conduit auditif était notablement rétréci à la suite de la fente de la paroi postéro-supérieure affaissée, on ne pouvait irriguer l'oreille qu'à l'aide de spéculums de très petit calibre et les granulations situées au fond du conduit auditif obstruaient l'ouverture de la membrane tympanique au point qu'elle était invisible et que même la douche d'air ne provoqua aucun bruit de perforation (le malade ne voulut tolérer à aucun prix l'introduction du cathéter). La région mastoïdienne était contractée et très sensible même à une légère pression. Dans ces conditions, j'émis l'idée de la possibilité de l'existence d'un empyème des cellules mastoïdiennes, qui fut confirmée par un autre spécialiste, je tentai de faire appliquer de nouveau six sangsues contre l'oreille, mais en même temps je fis entrevoir la nécessité d'une opération. En raison de la suppuration abondante, l'oreille fut d'abord nettoyée avec soin, puis on y instilla de l'alcool sublimé ; mais ces injections furent si pénibles que le malade pleura comme un enfant ; j'essayai, à l'aide de la cocaïne (10 °/₀), d'enrayer ces douleurs, mais rien n'y fit et je dus faire précéder l'instillation d'alcool de l'introduction d'une solution de cocaïne à 10 °/₀, par laquelle j'obtins une anesthésie parfaite pour l'alcool.

Dans la suite, à l'aide de narcotiques, les nuits furent à moitié

bonnes, malgré de fréquentes douleurs; pendant le jour, pour calmer le malade, j'administrai tantôt de l'antipyrine, tantôt de la phénacétine, puis constamment des épithèmes glacés faits d'abord avec de l'eau pure, puis avec de l'eau de Goulard (je dus m'ingénier à varier le traitement, car j'obtenais souvent par la suggestion des améliorations subjectives notables), et le 6 janvier 1895, c'est-à-dire au bout de trois semaines, les symptômes de l'empyème avaient complètement disparu et seule l'otorrhée subsistait, mais beaucoup moins profuse, et à travers l'ouverture normale du conduit auditif externe. Le 23 décembre, lorsque les manifestations de l'empyème subsistaient encore, le malade avait ressenti des douleurs dans l'œil droit,et le Privat docentSzili diagnostiqua une hypérémie péricornéale avec irritation de l'iris, provoquée par l'application continue d'épithèmes glacés; toutefois l'iutérieur de l'œil n'était nullement atteint.

Jusqu'au 19 janvier, c'est-à-dire pendant deux mois, la sécrétion diminua graduellement, pour cesser pendant quelques jours à partir de ce moment, elle reparut ultérieurement, mais très faiblement, de sorte que souvent on ne pratiqua des injections que tous les trois ou quatre jours, jusqu'au 8 février, époque à laquelle au bout de douze semaines environ de maladie, l'oreille demeura parfaitement sèche.

Je revis le malade quelques fois; la membrane tympanique et le pouvoir auditif ne présentent rien d'anormal, de sorte que l'on peut, en toute sincérité, croire à une guérison complète. Le malade ne ressent plus qu'un peu de gêne à l'endroit où les sangsues ont été appliquées. Il y ressent fréquemment des tiraillements désagréables, et quand il y porte quelquefois la main, il provoque des inflammations qui durent quelques jours; la couche épidermique et cutanée est très sensible à cette place, et l'emploi d'un léger onguent au précipité a déjà provoqué un violent gonflement.

En considérant mon observation au point de vue de l'épicrise, je pourrais peut-être songer en première ligne à une *erreur de diagnostic*. Ceci serait difficile à admettre; car un des symptômes typiques,la fièvre, faisait défaut, et l'on sait qu'elle est absente dans environ la moitié des cas. La sécrétion profuse, l'écoulement crémeux, la sensibilité exagérée de l'apophyse mastoïde, qui, à la suite du gonflement des os, était

bien plus bombée que l'apophyse mastoïde gauche saine, l'élévation prononcée de la température de l'apophyse malade et le rétrécissement en forme de fente de l'ouverture du conduit, à la suite de l'affaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit, ainsi que les granulations saignant facilement au toucher situées au fond du conduit parlent tous contre une erreur de diagnostic. Et si je me demande, ce que je fis souvent au cours de la maladie, pourquoi j'ai employé la méthode conservatrice et non le traitement radical, je me dis que j'ai toujours cru que l'affection guérirait même sans opération, malgré que j'eusse affaire à un individu peut-être sain, mais en tout cas suspect. D'un autre côté, j'étais fermement persuadé aussi que par l'opération j'obtiendrais la guérison, mais, comme je l'ai dit plus haut, je ne regardais l'intervention opératoire que comme un dernier refuge bien que des plus certains.

A côté des cas semblables, je pourrais encore en citer quelques-uns dans lesquels, à première vue, j'envisageai l'éventualité d'une opération, et où malgré les tentatives de traitement antiphlogistique je dus recourir au mode opératoire pour obtenir la guérison.

Donc cette observation ne me range pas le moins du monde parmi les adversaires de l'intervention chirurgicale, et je n'ai pas voulu prouver que l'on obtient des résultats merveilleux sans opération, mais j'ai plutôt voulu démontrer combien il est difficile dans certains cas de se limiter la nécessité d'opérer. Je crois, comme Walb le pense pour l'opération des cas chroniques, qu'au point de vue de l'intervention et de la non intervention, dans les cas aigus, qu'il ne faut adopter ni la méthode conservatrice, ni le traitement radical, mais plutôt se ranger à un juste milieu.

IV

DU PANSEMENT DE L'OTITE MOYENNE PURULENTE CHRONIQUE

Par le Dr **COUETOUX** (de Nantes).

La question du pansement dans l'otite moyenne purulente chronique, autrement dit l'otorrhée, est encore à l'ordre du jour malgré les nombreux travaux qui ont paru à ce sujet. Je n'aurais pas pensé à traiter à nouveau ce point important si, dans les derniers temps, des idées neuves, des études non encore entreprises n'avaient été publiées, montrant une voie non explorée et qui paraît féconde en résultats. L'année dernière le Dr Gradenigo (de Turin) faisait paraître un travail très complet sur la cure rationnelle de l'otite moyenne aiguë et recommandait le pansement sec par la gaze iodoformée. En janvier 1893 les Dr Lermoyez et Helme publiaient dans les *Annales des maladies de l'oreille*, une remarquable étude sur les staphylocoques et l'otorrhée ; enfin, en mai dernier, à la réunion annuelle de la Société française d'otologie, etc., le Dr Hamon du Fougeray (du Mans) faisait une des plus intéressantes communications sur le traitement de l'otorrhée par le pansement sec à la gaze iodoformée et le n° de juin des *Annales des maladies de l'oreille* contient un premier travail sur ce même sujet. Ces trois études se complètent ; car nous devons faire remarquer que les expériences du Dr Gradenigo n'ont eu comme objet que l'otite moyenne aiguë, et que, contrairement à ce qui est dit dans sa lettre ouverte, le Dr Fougeray n'a traité que la question des otites moyennes purulentes chroniques. Nous nous croyons obligé de rendre ici justice à qui de droit.

En présence de ces faits j'ai cru devoir publier mes propres

expériences sur l'emploi d'une méthode que j'appellerai *mixte* et qui emprunte dans son application les principes et les procédés des auteurs ci-dessus (Gradenigo, Lermoyez et Helme, Hamon du Fougeray) joints au pansement à l'alcool déjà signalé, mais incomplètement étudié.

C'est à ces études personnelles que nous voulons consacrer les quelques lignes qui suivent.

Ayant à traiter un jeune garçon de dix ans atteint depuis longtemps d'une suppuration de la caisse ouverte à sa partie supérieure par un orifice tympanique étroit dans lequel s'engageait un petit polype plusieurs fois déjà extrait par un de nos confrères, nous constatâmes un gonflement permanent du conduit externe. A peine voyait-on la partie inférieure du polype qui pourtant avait dû être visible puisqu'il avait été opéré. Nous employâmes d'abord l'acide borique sec en poudre. Ce pansement nous avait toujours paru supérieur à tous autres. A ce propos il est bon de remarquer que les auteurs de traités et manuels d'otologie indiquent avec raison une grande variété de pansements de l'otorrhée ; mais la pratique des cliniques nous montre que chacun se limite à peu près à un seul pansement, ou du moins emploie d'abord presque toujours le même procédé qu'il ne quitte qu'après insuccès. Le nôtre était l'acide borique : cette poudre a l'avantage de pouvoir être facilement enlevée parce qu'elle ne forme pas un magma bien dur avec le pus, mais elle se masse parfois suffisamment au fond du conduit pour irriter la suppuration dont elle entrave l'écoulement et pour causer des douleurs. Aucune amélioration.

Nous essayâmes alors l'alcool à 90°. C'est Lœwenberg qui a répandu ce pansement par l'alcool boriqué à 90°, dans la furonculose du conduit auditif externe. Ce degré nous avait paru si élevé que nous employions le liquide avec une certaine crainte dans un cas d'ouverture de la caisse. D'ailleurs, le conseil de Lœwenberg d'user du degré le plus élevé qui soit supportable n'était pas assez explicite pour rassurer nos preventions.

L'observation démontre que l'alcool à 90° employé chaud est très bien toléré par le malade. S'il y a quelques douleurs

au début, il suffit pour qu'elles ne se renouvellent pas, de faire chauffer l'oreille du malade à une bonne lampe à pétrole avant le pansement (aussi pour le pansement à l'alcool un foyer de chaleur nous paraît nécessaire et suffisant, l'emploi de loupes pour concentrer les rayons au fond du conduit étant au moins inutile), d'appliquer sur l'oreille la main chaude, ou une flanelle chaude, pendant que l'alcool le remplit, de chauffer l'oreille après le pansement, de verser l'alcool bien chaud. En un mot, l'alcool concentré est le liquide, la chaleur le moyen de l'appliquer. Il faut insister d'autant plus sur la chaleur que les auteurs ont négligé de le faire ; aussi leurs appréciations sont-elles variables et contradictoires. Dans notre cas que nous continuons de décrire, parce que les choses se présentent presque toujours de même (nous n'avons pas encore rencontré d'exception bien nette), le conduit fut bientôt plus accessible ; l'enfant était pansé matin et soir par sa mère et l'oreille se dégageait. Bientôt on vit la moitié du polype ; puis le retrait des parois s'arrêta.

Nous nous entendîmes alors avec un pharmacien sur lequel nous pouvions nous reposer en toute confiance, M. Barthélemy de Nantes, que nous tenons à remercier, et nous essayâmes timidement l'emploi de l'alcool à 91°. Il fut bien supporté. Le conduit semblait s'élargir un peu. Nous passâmes vite à 92° puis 93° puis 94°.

Très nettement le conduit s'elargissait sous l'influence du liquide concentré ; mais à 94° commencèrent à se produire deux phénomènes dûs à l'énergie du traitement : d'abord un peu d'irritation eczémateuse du conduit ; puis une sensation d'engourdissement, de gonflement qui faisait que l'enfant, après le pansement fait chez lui, ne pouvait faire pénétrer aussi facilement le tampon de ouate obturateur. Car, après tous ces pansements à l'alcool, on séchait à la lampe, puis on mettait un peu de poudre d'acide borique, et de ouate pardessus.

On remarquera que ce n'est pas la caisse qui est devenue intolérante sous l'influence du liquide à 94°. C'est le conduit. Le polype n'a pas été diminué par l'alcool : nous l'avons un peu entamé au serre-nœud quand il a été rendu plus visible,

nous avons cautérisé le reste à la perle de nitrate argentique; mais il n'a pas été entamé le moins du monde par l'alcool, comme le font espérer Politzer et Morpurgo. Cette résistance à l'alcool concentré des polypes de la caisse fut constante dans nos tentatives réitérées. Nous ne pouvons rien conclure en ce qui concerne les polypes du conduit sur lequel agit bien plus activement le liquide caustique qu'il ne le fait sur la caisse. Nous n'avons pas de notion expérimentale sur ce point.

Bientôt le malade ayant repris l'alcool à 90° se trouva guéri de sa petite sensibilité et l'on employa l'alcool à 95°, puis à 96°, puis à 97° et 97°50. A 97°,50 nous avons toujours constaté l'intolérance précédemment décrite lors de l'emploi de l'alcool à 95°. Mais cette intolérance est durable et nous n'avons pas voulu aller plus loin comme concentration.

Cet effet du traitement éthylique est si régulier que par la réaction du conduit externe à son conctact on pourrait juger sans se tromper de beaucoup du degré de l'alcool employé. La constance de l'effet produit s'unit ici à l'efficacité pour mériter une étude que nous avons renouvelée maintes fois mais dont les résultats peuvent être exposés par une seule observation, en raison même de cette constance.

A 95° le conduit est nettement impressionné et les parois gonflées se rétractent. A 97° ou 97°50 toutes les oreilles deviennent douloureuses en peu de jours ; mais ce n'est pas le polype qui est modifié, ce n'est pas la muqueuse de la paroi labyrinthique qui proteste, c'est le conduit.

Ainsi le pansement à l'alcool est un pansement ayant une action bien déterminée, bien nette sur le conduit, favorisant l'évacuation du pus enfermé dans une caisse privée de communication avec l'extérieur. Il peut agir ainsi favorablement sur les complications des polypes en ce sens que la caisse se vide mieux, mais il n'est pas un traitement du polype, ou du moins du polype de la caisse. Je n'ai pas eu à soigner par ce procédé des tympans granuleux ; je crois qu'il serait dans ce cas très indiqué. Peut-être faudrait-il l'appuyer de quelques cautérisations à la perle de nitrate d'argent.

Sans doute le liquide est utile, et par la chaleur humide

et par son action antiseptique ; car par ce procédé j'ai t bien réussi dans un cas où une otite catarrhale provoquait temps en temps des douleurs sans qu'il y eut perforati tympanique, chez un garçon de café forcé de s'exposer sc vent au froid. Ici l'alcool me semblait remplacer avec av tage le pansement phéniqué qu'on a employé dans ces avec succès, mais qui provoquerait, je crois, plus facilem un eczéma du conduit, et en tout cas ne possède pas l'av tage d'une évaporation facile par la chaleur, d'où avec l'alc la sécheresse du conduit au lieu d'une humidité gênante pleine d'inconvénients si on n'assèche pas avec la oua nécessitant des manœuvres compliquées si on veut asséc antiseptiquement. Il semble donc indiqué de recourir à l' cool quand on craint une perforation de la caisse, à la su du catarrhe de la trompe d'Eustache.

J'ai employé ce traitement chez des enfants, chez vieillards ; j'ai toujours eu les résultats sus décrits. A ca de la douleur légère qu'il provoque au début, si l'on n'int vient pas de suite par la chaleur, il ne me paraît pas pratic chez le tout petit qui se plie mal aux précautions nécessai pour prévenir cet inconvénient.

Voici la technique que nous avons adoptée. Nous chauff dans une cupule l'alcool à 95° au-dessus de la lampe. prend feu on souffle dessus en se tenant perpendiculairem à sa surface afin qu'il ne soit pas projeté. Il est inutile mettre de l'acide borique. On trempe le doigt dans la cup et quand le liquide est bien chaud, mais supportable, on fait couler par goutte le long du doigt en versant d'ab dans la conque par excès de précaution. Il faut verser d' tant plus chaud que l'alcool est plus concentré et se refroi plus vite. L'important est de bien noter ceci : l'alcoo 95° chaud agit puissamment sur le conduit, il est tolérab Il ne l'est plus à 97° et 97°,50 que d'une façon relative et p sagère. On se procure facilement ce liquide à 60°, 82°, 90°, 9 — C'est donc à 95° qu'il faut user de l'alcool pour le trai ment du conduit auditif, de l'otorrhée. C'est particuliè ment quand il y a gonflement du conduit qu'il se montre périeur.

Ce dernier point est de la plus haute importance.

Nous nous rappelons nos déconvenues trop fréquentes quand nous nous trouvions jadis en présence de malades atteints d'écoulement aigu avec gonflement énorme du conduit. Nous essayions bien de faire passer un peu d'acide borique ; mais le traitement était tout fictif et l'évolution, de fait, suivait son cours.

L'alcool est dans ces cas bien supérieur à la poudre ; mais il ne pourra toujours être introduit en assez grande quantité pour agir sur des parois qui lui ferment un accès dans le conduit tout encombré de débris épidermiques. On conçoit que ce soit dans ces cas que Gradenigo soit d'abord intervenu par la tarlatane iodoformée. L'indication est admirablement bien comprise suivant nous.

Nous fûmes nous-mêmes amené à comprendre la nécessité de combiner notre traitement alcoolique et celui de notre ami Hamon du Fougeray.

Si l'on veut réunir les avantages des deux traitements il faut, surtout dans les cas aigus, et toujours si l'on peut, se passer de toute injection dans le conduit. Deux procédés peuvent être alors employés. Dans l'un on ajoute à l'alcool à 95° de l'acide borique, on met le feu, au moment où la carbonisation commence on éteint. Pour agir avec facilité et sans infecter la bande, il suffit de prendre avec la pince stérilisée l'extrémité auriculaire de la bande de tarlatane, d'imbiber d'alcool boriqué, de faire flamber, d'introduire dans l'oreille la bande qui commençait à carboniser et se trouve être presque sèche et à une très faible température. A ce pansement s'attachent les noms de Du Fougeray et de Lermoyez puisque l'on utilise le drainage par la tarlatane et l'antisepticité des tampons boriqués alcoolisés passés à la flamme ; mais l'alcool n'intervient que pour obtenir une facile antisepticité, puisqu'il est tout comburé. Cette façon d'agir convient tout à fait chez les petits enfants.

Une autre façon d'agir peut être utilisée en vue de combiner la méthode d'Hamon Du Fougeray et la mienne. Elle consiste à imbiber la bande de tarlatane d'alcool boriqué ou non. On met le feu, et l'on introduit la bande après l'avoir

éteinte avant qu'elle soit sèche. Peut-être l'antisepticité est-elle ici moins bien réalisée ; de plus, la bande au lieu d'être chaude est un peu froide, mais son action est puissante sur les parois, d'autant plus puissante qu'on a moins prolongé la combustion qui doit en atténuer le degré. Pour diminuer l'inconvénient du froid qui provoque de la douleur, il suffit de chauffer fortement le conduit à la lampe ou bien avec une flanelle chauffée avant de boucher à la ouate. On supprimerait encore le froid en introduisant la bande alcoolisée boriquée et légèrement carbonisée et versant ensuite l'alcool à 95° chauffé ; mais il serait bon de chauffer à la lampe le conduit auditif avant de boucher à la ouate afin de supprimer rapidement une humidité toujours désagréable au malade. Ainsi sera obtenu le maximum d'effet des deux pansements.

Partant de ces procédés que nous venons d'exposer et qui nous satisfont entièrement, nous pouvons donner aux médecins de la campagne privés de tout appareil spécial un traitement moins parfait sans doute, mais infiniment supérieur à tous ceux employés jusqu'ici, si tant est que l'on puisse appeler pansement des moyens indiqués à tout hasard et dont le principe peu scientifique se nomme indifférence. Que l'on prenne une bande étroite du linge le plus fin que l'on puisse trouver, qu'on l'imbibe d'eau-de-vie et qu'on l'enflamme. S'il brûle mal on le tient près du foyer de chaleur ; il peut être enroulé sur une aiguille à tricoter passée à la flamme. On l'introduira alors dans l'oreille sans toucher à la main l'extrémité auriculaire de la bande. On pourra constater que la bande dans ce cas n'est pas froide comme la tarlatane imbibée d'alcool à 90° ou 95°, elle ne se carbonise pas facilement, elle reste chaude et humide. Ce simple pansement sera donc supporté même par les enfants. Ainsi les matériaux, la bande de toile et l'eau-de-vie, se trouvent assortis par une heureuse et singulière coïncidence puisqu'ils suffisent pour faire un bon drainage, et remplacer suffisamment la tarlatane et l'alcool concentré. Après le pansement on évitera l'humidité trop grande en chauffant encore le conduit : de la sorte l'humidité alcoolique sera de peu de durée, sans inconvé-

nient, et donnera quelque résultat sur le gonflement du conduit.

Nous serons heureux si nous avons fait partager les convictions par nous acquises: l'utilité de remplacer l'alcool à 90° par l'alcool à 95° dans le traitement de l'otorrhée la nécessité de la chaleur avant, pendant et après ce pansement, la convenance de l'adaptation du pansement à la tarlatane à l'otorrhée (Hamon Du Fougeray) aussi bien qu'a l'otite aiguë (Gradenigo), l'application au pansement à la tarlatane des données de Lermoyez et Helme sur la désinfection des tampons de ouate alcoolico-boriquées, et enfin l'application à ce même pansement des ressources précieuses de l'alcool concentré, l'utilité de supprimer presque toujours les poudres et les lavages répétés souvent si pénibles aux malades.

Nous espérons que nos confrères de la campagne trouveront dans le pansement alcoolique, si facile à modifier avec les circonstances, un drainage efficace, un moyen qui leur manque totalement de favoriser le retrait des inflammations du conduit auditif dans la période de début si douloureuse des otites aiguës. Ce traitement leur paraîtra simple, rationnel, praticable à toutes les périodes de l'affection et ils constateront son efficacité réelle. D'abord il sera renouvelé par les parents au moyen d'une pince à fleurs ou d'une aiguille à tricoter cassée par le milieu ; plus tard le pansement bien fait par le médecin usant de tarlatane flambée deviendra un pansement rare.

Avant de terminer je veux encore faire deux réflexions. Il ne faut pas ergoter sur le degré vrai de l'alcool employé suivant la méthode vantée dans ce travail. Il est évident que l'alcool à 95° n'est plus à ce titre après avoir été chauffé. Il s'agit ici non de degré vrai, mais de résultats obtenus par la technique décrite et avec le liquide indiqué.

Enfin, il faut excuser les détails un peu longs dans lesquels nous sommes entrés. Ils se justifient par leur utilité pratique et aussi par un autre motif. Notre désir est que les idées que nous exposons n'appartiennent bientôt plus à personne et soient dans le domaine public. Mais pour le moment il n'en est pas ainsi et ce n'est pas sans appuyer sur les faits et les circonstances que nous avons combattu les idées des maîtres.

Dans le dernier ouvrage d'otologie paru tout récemment en France, ouvrage que nous admirons et qui fait le plus grand honneur à son auteur, M. Garnault s'exprime ainsi : « L'alcool est absolument contre indiqué dans les cas de carie constatée et lorsque son application donne lieu à une douleur très marquée et à des phénomènes de rétention de pus. De toutes les solutions introduites dans le conduit, les solutions alcooliques seules n'ont pas besoin d'être chauffées au préalable. »

Nous ne sommes pas toujours en désaccord avec M. Garnault : sans doute l'alcool est contre indiqué dans le cholestéatome, et ses formes atténuées où il ne doit être employé qu'à titre de dissolvant ; il réalise même justement les indications opposées à celles qu'il faut ici remplir, mais pourquoi ne pas l'employer quand il y a carie constatée ? Dans l'observation unique que j'ai citée il s'agissait d'une carie du marteau qu'il m'a fallu opérer un jour, un an et demi après le début des pansements alcooliques. Mais combien ceux-ci facilitèrent une opération qui exigeait un conduit accessible ou le décollement de toute la peau du conduit. C'est au contraire dans ces caries provoquant des gonflement chroniques du conduit que l'alcool rendra les plus minents services. D'ailleurs, M. Garnault oublie de nous dire pourquoi l'alcool qui, dans les autres carie osseusses, est un remède indiqué ne le serait pas dans celles de l'oreille. — Quant à l'alcool froid, Garnault et Politzer ne nous disent pas jusqu'à quel degré il doit être employé ; mais s'il ne doit pas être douloureux pour être employé nous conseillons de ne l'employer que dans des appartements bien chauffés et bien rarement et à faible degré. Il faut reconnaître toutefois que s'il est supporté au moment où il est versé, la douleur dure généralement peu : raison de plus pour calmer la douleur de l'application d'un pansement si efficace, puisqu'on est certaine qu'il sera admirablement supporté quelques minutes après son application et que cette application est le seul point un peu délicat du pansement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 2 mai 1895.

Président : Prof. Störk.

Secrétaire : Dr Hajek.

Traitement des sinusites.

Weil présente une femme de 55 ans, originaire de la Basse-Autriche, souffrant depuis 7 ans et demi d'un refroidissement avec frissons répétés, violentes douleurs frontales et occipitales, obstruction nasale et tuméfaction partant de la racine du nez et comprenant le front et les tempes. Au bout de 14 jours, les maux de tête cessèrent et il survint une suppuration nasale fétide, qui dura 6 ans ; puis l'obstruction nasale reparut, et l'été dernier il fallut extraire de nombreux polypes muqueux des deux narines. Lors du premier examen, le 4 décembre 1894, le Dr Weil trouva une forte suppuration, des productions polypoïdes étendues et dans les deux méats moyens ainsi que dans la fente olfactive gauche sur une grande surface des os dénudés ; il diagnostiqua une suppuration ethmoïdale avec nécrose, enleva en plusieurs séances la plus grande partie des deux cornets moyens et ouvrit les cellules ethmoïdales qui étaient toutes remplies de pus. La sécrétion diminua rapidement, tout en demeurant encore profuse, et il se produisit une otite moyenne suppurée droite accompagnée de perforation de la membrane tympanique, qui guérit totalement presque sans traitement médical, par des pulvérisations d'acide borique ;

(1) D'après le compte rendu de la *Wiener klin. Woch.*, 8 août 1895.

petit à petit on vit apparaître une *suppuration uni latérale de tous les sinus* qui fut soignée par des injections d'une solution de nitrate d'argent de 6 à 12 °/₀ et qui, si elle n'est pas complètement guérie, est du moins très améliorée. A présent toutes les cellules ethmoïdales sont libres, séparées par des cloisons, de même que les ouvertures des cavités sphénoïdales, et on peut facilement sonder et irriguer les sinus frontaux et maxillaires. Le Dr Weil dit que s'il avait agi d'après les indications fournies l'an passé par Hajek et d'autres auteurs, c'est-à dire traité d'abord les sinus maxillaires, puis les sinus frontaux et en en dernier lieu les cellules ethmoïdales, la cure aurait été beaucoup plus longue et pénible tandis qu'après l'ablation des cornets moyens il a eu ses coudées franches pour opérer.

Störk fait observer qu'il ne faut pas pousser trop loin le traitement opératoire des suppurations des sinus, et que l'on ne doit opérer que lorsque cela semble indispensable,pour atténuer de vives souffrances, car les résultats obtenus jusqu'ici sont peu brillants. Il ne suffit pas de reconnaître avec la sonde la présence d'os mis à nus pour retirer aussitôt un fragment osseux important du nez, car on est exposé à de fréquentes erreurs à à cause de la minceur extraordinaire de la muqueuse.

Weil répond qu'au contraire il limite au strict nécessaire l'intervention opératoire ; il met entre les séances des intervalles de 8 à 14 jours, tandis que d'après les succès qu'il a obtenus dans des cas précédents, il guérit toutes les autres sinusites sans aucune opération, afin de montrer le bénéfice que l'on retire de simples pulvérisations par des ouvertures naturelles. Le Dr Weil croit que la majorité des suppurations des sinus guérit spontanément lorsque l'on assure une issue régulière du pus par les ouvertures naturelles ou artificielles, et il se prononce contre l'opinion généralement émise dans ces derniers temps à propos de l'opération radicale dans les suppurations des sinus et il pense qu'on ne doit pas tout d'abord pratiquer des grattages au moyen de la curette, et exposer ainsi le malade à des dangers avant d'avoir échoué auparavant par tous les traitements doux. Les effets du traitement radical ne sont nullement merveilleux et W. se réserve de faire connaître prochainement son opinion dans une étude comparée de tous les modes de traitement usités jusqu'ici et de leurs résultats.

Chiari. — Puisque la discussion s'étend à tous les sinus du nez, je vais rapporter brièvement mes connaissances à ce sujet.

Sinus maxillaire.

Dans environ 100 cas, l'antre d'Highmore était rempli de muco-pus. Du mois d'août 1893 au mois de mai 1895 j'ai soigné dans mon service de la Polyclinique à peu près 40 cas d'empyème, mais le temps m'a manqué pour recueillir les observations ; toutefois dans tous ces cas la collection purulente de la cavité a été reconnue par la perforation et des lavages explorateurs.

Je puis au contraire parler plus en détail de 58 cas d'empyème.

Neuf fois il existait dans le processus alvéolaire une fissure aboutissant à la cavité. Sinon le diagnostic était établi par l'examen rhinoscopique dont je ne parlerai pas maintenant. Ce moyen donne des résultats tellement certains, que je n'ai eu recours que 14 fois à la ponction exploratrice par le méat inférieur suivie d'une injection pour m'assurer du diagnostic.

Le lavage du sinus maxillaire m'a rarement réussi, et ce n'est que dans trois cas que j'ai obtenu par cette méthode l'évacuation d'une importante masse purulente, de sorte que je la considère comme peu satisfaisante. De plus, il faut pour l'employer être très habitué à la spécialité.

Dans un cas j'ai échoué par le lavage du méat inférieur par une ouverture de grande dimension, qui est très difficile à pratiquer, et impossible pour le malade lui-même.

J'ai pratiqué 18 fois la perforation par l'alvéole de la seconde pré-molaire, 15 fois par l'alvéole de la première molaire, 5 fois par la première pré-molaire et 4 fois par la seconde molaire J'ai pénétré 3 fois seulement dans l'antre d'Highmore par la fosse canine.

12 malades sur un total de 58 n'ont été observés que peu de jours, puis je n'ai plus entendu parler d'eux. 27 ont guéri complètement en un laps de temps variant pour 16 malades de 1 à 2 semaines à un maximum de 4 mois. Les autres ont dû attendre plusieurs mois et même plus de 2 années pour atteindre le même résultat. Quant aux autres ils ont été plus ou moins améliorés.

Dans les premiers cas le traitement ne consista qu'en injections que le malade put commencer très rapidement ; afin d'éviter l'obstruction artificielle de la fistule alvéolaire. je la rétrécissais de manière à empêcher l'introduction des aliments de la bouche dans l'antre.

Plus tard je pratiquai une fistule permanente de 3 à 4 millimètres de diamètre allant de l'alvéole dans l'antre, je fis des lavages et j'introduisis des deux côtés des bandes de gaze iodo-

formée, longues de 70 centimètres sur 2 centimètres de large qui entravaient la décomposition et demeuraient 8 à 15 jours dans la cavité. Par là on enrayait la fétidité et la sécrétion diminuait sensiblement. En dernier lieu on obstruait la fistule au moyen de gaze iodoformée et lorsque la suppuration cessait (ce qui se constate aisément par la ponction exploratrice) on tient la fistule fermée pendant quelque temps à l'aide d'une mince canule de caoutchouc durci appliquée contre la gencive. En raccourcissant et amincissant la canule j'obtins finalement l'occlusion de la fistule dans sa partie supérieure.

Cette méthode m'a donné les résultats les meilleurs et les plus rapides. Si la guérison tardait trop, j'introduisais la curette dans l'antre par la fistule alvéolaire pour enlever les bourrelets de la muqueuse, puis je tamponnai de nouveau. Je n'ai jamais pratiqué le grattage complet de la muqueuse sur toute son étendue n'ayant jamais rencontré de malades qui y consentissent. Les trois cas dans lesquels je perforai l'antre d'Highmore par de larges ouvertures de la fosse canine ont été curettés avec mesure et j'ai obtenu deux fois la guérison complète par des tampons de gaze iodoformée. Dans un cas il n'y eut qu'une amélioration. Toutefois l'opération par la fosse canine était toujours suivie d'une forte tuméfaction de la joue. Les lavages de la fistule par la fosse canine et les tamponnements ont toujours été bien plus douloureux que par la fistule alvéolaire. De plus, cette dernière ayant 3 à 4 millimètres de diamètre forme une cavité suffisante pour introduire dans l'antre une petite curette et retirer les bourrelets muqueux attachés à ses parois ; c'est pour cette raison que je m'en tiens presque toujours à l'ouverture alvéolaire.

A propos des résultats, je dirai seulement que l'on ne regardait comme guéris que les malades ne présentant plus aucun écoulement nasal après la cessation des lavages. Même ceux qui n'étaient qu'améliorés se félicitaient du traitement car les irrigations pratiquées de temps à autre les délivraient des douleurs et de la fétidité.

Sinus frontaux.

Ces sinus sont fréquemment affectés au cours de catarrhes aigus du nez, bien qu'ils contiennent une collection muco-purulente. La plupart guérissent lorsque le catarrhe disparaît, car leur conduit excréteur est situé en arrière. A la séance de

[illegible] novembre [illegible] l'at- [illegible] de nombreuses [illegible] des sinus frontaux [illegible] ac- [illegible]

[illegible] moyen.

[illegible] aigu [illegible] frontales [illegible] ajouter [illegible] eût [illegible] ne tarissait pas.

Deux cas de [illegible] des sinus frontaux avec [illegible] par des injections répétées.

Sinus ethmoïdaux.

Dans la communication citée plus haut j'ai décrit deux cas de bulles osseuses du cornet moyen qui renfermaient des masses de pus, des polypes et des granulations. Je les ouvris, les grattai, puis tamponnai la cavité. Mais comme la guérison ne survenait pas, j'enlevai les parois minces de la cavité au moyen du ciseau, de la pince et du serre-nœud et j'obtins ainsi la guérison. Dans 3 cas les cellules ethmoïdales antérieures contenaient du pus, on dut les ouvrir largement et les curetter deux fois.

Affections combinées des sinus.

Cinq fois, l'on observa consécutivement la suppuration des sinus maxillaire et frontal, la première fut traitée par le tamponnement et la seconde par des lavages; dans un seul cas j'obtins la guérison. Quant aux autres, on ne peut pas toujours ouvrir toutes les cavités, mais les injections calmèrent les souffrances et la fétidité de la sécrétion.

Dans quatre cas, l'empyème chronique de l'antre d'Highmore était associé à la suppuration d'une ou de plusieurs cellules ethmoïdales, et une fois à la nécrose.

Le sinus frontal et une cellule ethmoïdale étaient affectés dans un cas.

Le traitement des affections ethmoïdales consista soit à enlever les os nécrosés, soit à ouvrir les cellules remplies de pus avec ou sans grattage, et éventuellement à enlever de petites lamelles osseuses et des excroissances muqueuses hypertrophiées, sans jamais produire de forte réaction. La suppuration cessait alors et les lavages la tarissaient complètement ou du moins l'amélioraient notablement. Aussi me rangerai-je à l'opinion de Grünwald qui dit qu'il existe des suppurations ethmoïdales et des nécroses qui ne sont ni syphilitiques ni tuberculeuses, car mes malades étaient indemnes de ces affections. Mais, comme en 1894, je m'éleverai contre l'idée suivant laquelle les polypes récidivants du nez et l'ozène sont habituellement provoqués par des suppurations ethmoïdales, la carie et la nécrose, car, sur 61 cas de polypes et 128 cas d'ozène, je n'ai jamais vu ces maladies, malgré des sondages soigneux.

Sinus sphénoïdaux.

J'ai pu les sonder trois fois, mais ils étaient vides. Naturellement, je n'ai pratiqué le sondage que dans les cas ou une collection purulente de la fente olfactive ou de la cavité naso-pharyngienne pouvait faire songer à une affection de ces sinus.

Grossmann. — Je vais citer ici un cas comme caractéristique de la valeur et des chances de curabilité des méthodes actuellement employées dans les diverses affections des sinus du nez. Un homme de 50 ans, fortement constitué, vint me trouver pour une tumeur très fluctuante du volume d'une cerise, située sur le frein de la lèvre supérieure. Après l'incision, on aperçut un kyste dermoïde gros comme une noisette qui s'était développé dans la région du foramen incisif entre les lames bulleuses du maxillaire supérieur. La cavité fut râclée, puis bourrée de gaze iodoformée. Comme au bout de plusieurs mois la cavité ne se refermait pas, il fallut la cautériser et la drainer après cocaïnisation préalable. Malgré des injections pratiquées régulièrement et soigneusement avec des solutions phéniquées et sublimées, des badigeonnages de teinture d'iode et d'ichthyol, l'application fréquente du Paquelin, depuis trois ans le malade n'a pas guéri.

Toutefois, je crois bien qu'un kyste dermoïde même siégeant dans l'os, *ceteris paribus*, offre plus de chances de cura-

[illegible]

[illegible]

[illegible] extrêmes, mais il faut aussi [illegible] de l'ouverture [illegible] être assez combattue. Quelques observations dans lesquelles, malgré l'ouverture de la cavité, la sécrétion ne cessa pas complètement, ou que la cavité se remplit de granulations, ne suffisent nullement à affaiblir le principe de l'intervention opératoire. Pour effectuer cette dernière, on se basera sur ce que pour un foyer purulent, lorsque l'écoulement aura lieu dans de mauvaises conditions, il faut ouvrir une voie artificielle au pus. La question de savoir si la sécrétion sera sûrement enrayée n'a qu'une importance secondaire par rapport aux indications principales ci-dessus énoncées. Si de plusieurs côtés on fait remarquer que l'ouverture de l'apophyse alvéolaire demeure béant lorsque la guérison ne vient point, ce n'est pas un grand malheur, car il vaut mieux pratiquer dans le maxillaire un trou qui facilite l'issue du pus, que de laisser le pus stagnant dans le sinus maxillaire, parce qu'alors il se décompose et produit des accidents de toute nature. On peut, par un simple appareil, obstruer l'ouverture de l'apophyse alvéolaire et le malade peut ainsi, chaque jour, pendant quelques minutes, laver le sinus maxillaire. Je ne pense pas que l'ouverture naturelle du sinus maxillaire suffise toujours à l'introduction de la canule et au nettoyage de la cavité, et même dans les cas où le trou de

l'hiatus permet le passage, il y a des parties grumeleuses de la sécrétion qui ne sortent pas du sinus maxillaire, de sorte que c'est seulement grâce à une ouverture artificielle que l'on pourra nettoyer parfaitement la cavité. L'ouverture du sinus maxillaire par l'apophyse alvéolaire est, sans nul doute, la meilleure et la moins désagréable. Ce n'est que dans les cas où la partie inférieure du sinus maxillaire est rétrécie, ce dont on s'assure par la forte concavité de la paroi externe du méat nasal inférieur, qu'il faut éviter de perforer l'apophyse alvéolaire, car le trépan pénétrerait presque infailliblement dans la cavité nasale ou dans la fosse canine, mais non dans le sinus maxillaire. Un autre point à résoudre, est de savoir si le traitement radical, tel que le pratiquent ordinairement les chirurgiens, à travers la fosse canine, est indiqué ou non. L'opération est plus importante, mais le succès est incertain. Si le trou de l'apophyse alvéolaire ne conduit pas au but, il ne faut quand même pas opérer par la fosse canine, car, d'après les cas publiés, les résultats ne sont pas encourageants.

En ce qui concerne la thérapeutique endo-nasale employée pour les catarrhes suppurés chroniques des sinus frontaux, on ne devra pas perdre de vue que deux points principaux sont en balance : 1° La rétention relative de la sécrétion dans le sinus frontal provoqué par des hypertrophies ou des polypes du méat moyen ; 2° l'augmentation de la sécrétion nasale. Il ne faudrait jamais oublier que la sténose du méat moyen est d'ordinaire la cause principale, tant de la persistance de la suppuration que des maux de tête intermittents. Le malade se trouve beaucoup mieux après la disparition de ces troubles. On observe fréquemment la guérison spontanée du catarrhe suppuré des sinus frontaux à la suite de la cessation des causes de sténoses, ou du moins les souffrances se réduisent à un minimum. Je n'ai jamais pratiqué, dans les cas de suppuration chronique des sinus frontaux que j'ai observés, la trépanation externe du sinus frontal. Du reste, la trépanation n'est nullement indiquée dans les cas de ce genre, car l'augmentation de la sécrétion muco purulente du sinus frontal qui peut être infime et se tarir rapidement sans occasionner de douleurs, ne justifie pas une perforation du sinus frontal.

On n'a pas aujourd'hui une idée aussi nette que, pour les sinus maxillaires et frontaux, de la limite opératoire en ce qui concerne le labyrinthe ethmoïdal et les sinus sphénoïdaux ; et ceci parce que, pour ces dernières régions, nous ne connaissons

pas toutes les difficultés de diagnostic et que nous ne sommes pas suffisamment édifiés sur les résultats de l'intervention chirurgicale. Toutefois, il ne faudrait pas conclure au rejet de l'opération. Les méthodes reconnues les meilleures donnent parfois de mauvais résultats. Il faut d'abord étudier la question. Avec le temps, lorsque nous aurons le moyen de faire des diagnostics plus précis et que nous opérerons avec des instruments plus perfectionnés, les résultats seront certainement très supérieurs à ceux que l'on a obtenus jusqu'ici. Pour diagnostiquer une affection du labyrinthe ethmoïdal, il est de première nécessité d'enlever les parties du cornet moyen faisant obstacle à l'examen. On peut alors distinguer très clairement les parties de la paroi interne de l'apophyse ethmoïdale qui laissent sourdre du pus. Il n'est pas nécessaire d'introduire de grandes pinces et des curettes pour détruire la portion la plus importante des os ethmoïdaux ; il suffit d'agrandir, au moyen d'instruments fins recourbés en forme de crochet, l'ouverture de l'écoulement afin de faciliter l'issue de la sécrétion. Je ne parlerai pas de la carie, car il n'existe pas encore d'autre moyen pour la reconnaître que le toucher avec la sonde et que j'ai d'anciennes préventions contre ce diagnostic. On sait qu'une intervention opératoire modérée dans le labyrinthe ethmoïdal ne provoque aucun accident, et qu'au contraire on doit regarder comme un beau succès qu'elle fasse cesser souvent la suppuration et la céphalalgie.

Il faudra user de même pour les sinus sphénoïdaux. Personne ne devrait ouvrir largement le sinus sphénoïdal dans les cas de sécrétion muco-purulente infime, ni gratter ou cautériser la muqueuse de la cavité, car ce sont là de trop grandes opérations qui ne sont nullement motivées par le peu de souffrance que provoque un catarrhe du sinus sphénoïdal. Mais une intervention étendue peut rendre de grands services lorsqu'elle est pratiquée à propos et avec précaution, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur un cas que j'ai vu aujourd'hui et où la paroi antérieure avait été largement ouverte ; le pus résidait dans la cavité et produisait une forte tension et de violents maux de tête. Je reviendrai plus longuement sur cette observation.

Séance du 7 juin 1895 (¹).

Président : Prof. CHIARI.

Secrétaire : Dr H. KOSCHIER.

PANZER. — **Technique de l'ablation du cornet inférieur.** — L'auteur emploie pour cette opération un ciseau qu'il a construit et qui se manie plus aisément que les serre-nœuds ordinaires. La guérison survient aussi bien plus rapidement (3 ou 4 jours) par cette méthode. Il a réussi avec cet instrument dans les cas où le serre-nœud avait échoué.

ROTH fait remarquer que depuis déjà quelques années il se sert d'un instrument semblable.

WEIL doute que la guérison survienne aussi vite que le dit Panzer.

CHIARI emploie également depuis assez longtemps le même instrument. Quant à la guérison, il est de l'avis de Panzer.

CHIARI présente un enfant sur lequel il a pratiqué il y a quelques mois la **trépanation du sinus frontal.** Il s'agissait d'un important fragment d'os nécrosé siégeant dans le sinus frontal et provoquant une sécrétion purulente profuse du nez. C. ne peut dire si c'était de la tuberculose ou de la syphilis, car on manque de bases pour le diagnostic différentiel.

WEIL. — **Papillôme de la cloison.** — W. montre une femme de 67 ans à laquelle il a retiré quelques semaines auparavant un papillôme de la cloison gros comme une noisette. Il était apparu il y a un an environ et avait lentement augmenté, il était d'un rouge vif, d'une consistance assez dure et en forme de grappe avec une surface profondément segmentée, il ne provoquait aucune douleur, et saignait peu lorsque la malade y touchait souvent. Il était fixé par un pédicule épais d'à peu près 2 millimètres à la partie antérosupérieure du septum, presque à la limite de la muqueuse, il remplissait presque toute la fosse nasale droite et fut extrait pour ainsi dire sans hémorrhagie. Tout le reste du nez est parfaitement normal. Le Prof. Zucker-

(¹) D'après le compte-rendu de la *Wiener klin. Woch.*, 22 août 1895.

kandl a eu la bonté de faire l'examen microscopique. On voit des papilles assez riches en vaisseaux, très ramifiées, et de l'épithélium pavimenteux extrêmement développé, ce n'est qu'au fond des inflexions de la surface que l'on trouve souvent des couches d'épithélium cylindrique, mais ni glandes, ni aucune manifestation inflammatoire.

Il s'agit donc d'un véritable papillôme complètement isolé (qu'il ne faut pas confondre avec les papillômes du cornet inférieur décrits par Hofmann et d'autres auteurs), d'une dimension tout à fait extraordinaire. Mackenzie n'a vu que cinq de ces papillômes qui atteignaient la taille de la moitié d'un pois, et quatre d'entre eux étaient combinés avec des polypes muqueux. Sur 3.300 malades (dont 1.500 porteurs de tumeurs), M. Schmidt n'a rencontré que six papillômes, et Zuckerkandl n'a observé qu'un cas de papillôme vrai du cornet inférieur. Comme étiologie, on n'a trouvé que l'habitude de priser du tabac datant de longues années ; il faut prendre aussi en considération l'âge avancé de la malade.

W. Roth. — **Phlegmon de la cavité rétro-nasale.** — R. rapporte l'observation d'un cas avec formation d'abcès de l'amygdale pharyngée, chez un homme de 38 ans. La maladie débuta par un frisson et l'élévation de la température jusqu'à 38,8 ; il y eut de violentes douleurs à la déglutition, du côté de l'occiput et dans les deux oreilles, et à la rhinoscopie postérieure on distinguait une rougeur intense et une tuméfaction de la muqueuse de la cavité rétro-nasale et de l'amygdale pharyngée ; lors du toucher digital, on trouve ces dernières élastiques et très sensibles. Les phénomènes s'aggravèrent de jour en jour, la température oscilla entre 38,8 le matin et 39,5 à 40 le soir, les douleurs de la déglutition s'accrurent, de même que les douleurs occipitales et et les élancements des oreilles, à tel point que l'état du malade devint intolérable, l'amygdale pharyngée recouvrait la moitié inférieure des cornets moyens et totalement les méats inférieurs des choanes, la région des orifices tubaires était rouge et gonflée. Huit jours après le début de l'affection, il y eut une issue spontanée de pus et de sang par la bouche et par le nez qui amena un mieux surprenant, les souffrances diminuèrent, le malade put bien avaler et ne ressentit plus qu'une gêne comme si on lui introduisait une boulette dans le cou. A la rhinoscopie on voyait une diminution notable de l'amygdale pharyngée, mais à un endroit, à droite près du recessus moyen, se trouvait un caillot sanguin, vraisemblablement au lieu de rupture de la

poche ; la muqueuse rétro-nasale est encore très rouge et œdématiée. Des badigeonnages quotidiens de la cavité rétro-nasale avec une solution de nitrate d'argent à 2 % et des irrigations nasales pratiquées trois fois par jour avec une solution boriquée à 2 % firent disparaître tous les symptômes objectifs d'inflammation, de sorte que le malade fut tout à fait guéri quatorze jours après l'apparition de l'affection.

Quoique les inflammations phlegmoneuses de la cavité rétro-nasale ne soient pas rares et qu'elles soient accompagnées de vives douleurs à la déglutition ainsi que de maux de tête et d'oreille intenses, la formation d'un abcès de cette dimension dans l'amygdale pharyngée est toujours une exception ; le Dr Roth n'en a pas trouvé d'observation dans la littérature, car les cas d'inflammation phlegmoneuse de la cavité rétro-pharyngienne avec suppuration, tels que les décrit Wendt dans le *Manuel de pathologie spéciale et de thérapeutique* de Ziemssen (Bd 7, h. 1, p. 285 et 286,) ont une origine traumatique ou sont consécutifs à la variole, Wendt ne mentionne pas les suppurations spontanées, mais il dit à la page 289 : « Dans la cavité naso-pharyngienne on ne voit que rarement de petits abcès de la région cytogène. Ceux-ci se produisent au cours des phlegmons ou bien ils proviennent de la désagrégation de nombreux follicules confluents. On pourrait les appeler *abcès naso-pharyngiens.* »

Weil, à propos de l'étiologie, demande si le malade n'a jamais souffert à ce moment ou auparavant d'angine folliculaire ou lacunaire ; on voit souvent chez des malades habitués à la rhinoscopie postérieure, lors d'une affection de l'amygdale palatine, un même processus sur l'amygdale pharyngée qui pourrait peut-être avoir déterminé ici un phlegmon.

Roth avait oublié de dire que le malade avait été très sujet aux angines.

Grossmann dit que dans la plupart des cas d'angine phlegmoneuse on a affaire à un abcès péri-tonsillaire qui se vide de haut en arrière, et qui provoque une voussure du voile du palais, de l'œdème de la luette, etc., ce qui fait qu'assez souvent les amygdales, même du côté malade, ne semblent que légèrement atteintes. Il n'exclut donc pas l'idée que même dans le cas décrit par Roth il ne se soit pas agi de cette forme assez fréquente d'abcès péri-tonsillaire.

Hajek. — **Diagnostic et traitement des suppurations des sinus sphénoïdaux.** — Comme corollaire à deux cas de suppuration des sinus frontaux présentés aux dernières séances, H. fait part

de ses observations sur cette affection et commence par l'histoire du premier cas qui présenta des difficultés particulières de diagnostic.

H. E. âgé de 45 ans, souffre depuis neuf ans d'une suppuration abondante de la fosse nasale droite. Le pus, qui était clair au début, est devenu plus épais depuis déjà sept années. L'an dernier, le malade ressentit des maux de tête intenses qui occupaient toute la moitié droite du temporal, puis, par moment, une sensation de marteau dans la profondeur de la tête. Le vertige était fréquent pendant la marche et lorsque le malade se baissait. L'examen rhinoscopique pratiqué pour la première fois le 1er novembre 1894 montra de nombreux polypes du méat moyen et une hypertrophie du cornet moyen. Après l'ablation des polypes, on vit le sinus maxillaire vide; à la suite de l'abrasion de l'extrémité antérieure du cornet moyen on n'aperçut plus le pus stagnant dans le méat moyen ni dans le sinus frontal ni dans le labyrinthe ethmoïdal.

L'examen fut très long, car malgré qu'on le répétât fréquemment, l'origine de la suppuration demeurait inconnue, et les symptômes subjectifs, surtout la céphalalgie, conservèrent toujours la même intensité jusqu'au moment où l'on enleva la plus grande partie du cornet moyen hypertrophié qui était si étroitement unie au septum que l'on ne pouvait effectuer un sondage par la fente olfactive. Après la cicatrisation du cornet moyen, on trouva, après un attouchement de la paroi antérieure du sinus ethmoïdal, un point brillant pulsatile.

A la suite de l'introduction d'une sonde fine on voit sourdre 3 ou 4 gouttes de pus épais. Hajek introduit alors dans l'ouverture le crochet qu'il a fait construire dans ce but, il arrache une parcelle de la paroi antérieure en l'attirant en avant, et il provoque ainsi l'issue d'une quantité de pus dense et crémeux. Le malade se sentit immédiatement soulagé. Le traitement consécutif consista d'abord à bourrer la cavité de gaze iodoformée; puis à instiller du nitrate d'argent dans la cavité sphénoïdale et comme la sécrétion ne cessait pas complétement, on gratta prudemment la muqueuse avec une curette construite également sur les indications de l'auteur. Actuellement, il ne subsiste plus qu'un léger écoulement muqueux. Les douleurs subjectives ont disparu.

A propos du diagnostic des suppurations des sinus sphénoïdaux, l'auteur dit qu'il faut, par l'examen rhinoscopique, constater l'écoulement du pus dans la fente olfactive en avant ou sur

l'extrémité postérieure du cornet moyen. On remarquera que le pus provenant du labyrinthe sphénoïdal postérieur produit les mêmes effets. Dans certains cas faciles, on fait le diagnostic différentiel en introduisant une sonde par la fissure olfactive agrandie ou une canule mince dans la cavité. On a encore plus de commodité lorsque le cornet moyen est atteint par un processus destructif, ordinairement par la syphilis; alors la fente olfactive a une largeur de 1 à 2 centimètres et on reconnaît dès le premier examen la source de la sécrétion. Dans les cas où le cornet moyen est lié à une forte hypertrophie de la cloison, le diagnostic est plus difficile. Il faut faire deux choses: 1° la ponction exploratrice du sinus sphénoïdal, pratiquée pour la première fois par Schäffer, sur les indications de Zuckerkandl; 2° enlever les parties hypertrophiées de l'extrémité postérieure du cornet moyen et ainsi dégager la paroi antérieure du sinus sphénoïdal.

Jusqu'il y a six mois Hajek a fait la ponction exploratrice au moyen d'une canule double qu'il a construite et montrée, mais à cause des résultats insuffisamment satisfaisants, il a adopté la seconde méthode qui lui a fourni les seules chances de diagnostic certain. Parfois il réussit à élargir la partie postérieure de la fente olfactive; par là il put obtenir temporairement assez d'espace pour orienter son diagnostic. Mais cette dernière méthode échoue souvent et alors, plus tard, il faut exciser des portions du cornet moyen.

Après de nombreux essais de cette dernière méthode, l'auteur est arrivé à conclure qu'elle était plus sûre que les autres au point de vue diagnostique. Tout d'abord, il a vu clairement qu'une collection mucopurulente de la fente olfactive n'était pas toujours imputable à une affection des sinus, mais que les mêmes accidents peuvent être provoqués par une inflammation primitive qui atteint partiellement la muqueuse revêtant cette région.

Certains autres faits peuvent aussi faire confondre un empyème de la fente olfactive avec ceux du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales postérieures. Aussi devra-t-on remarquer que les sinus frontaux et les cellules ethmoïdales antérieures ont assez fréquemment leur ouverture en dehors de la région de l'hiatus à l'intérieur du cornet moyen. H. a observé un cas de ce genre. Le pus sortait abondamment de la fente olfactive; on songea à une suppuration du sinus sphénoïdal ou des cellules ethmoïdales postérieures. Plus on enlevait de l'extrémité posté-

rieure du cornet moyen, plus on voyait que la sécrétion venait d'en avant, jusqu'à ce que l'on reconnut après l'excision totale du cornet moyen jusqu'à son extrémité antérieure que la suppuration provenait du sinus frontal ouvert en dehors de l'hiatus nasal. Enfin H. fait allusion à ce que parfois l'étage postérieur peut, à travers une cloison verticale qui partage en deux le sinus maxillaire, s'ouvrir dans le méat supérieur, et qu'alors il peut survenir également une suppuration de la fissure olfactive. Il ne faut pas oublier non plus qu'une nécrose circonscrite des parois osseuses voisines de la fente olfactive peut aussi donner naissance à une suppuration ayant les mêmes caractères locaux que celle des sinus sphénoïdaux.

Vu ces nombreuses hypothèses, l'auteur n'accorde une confiance absolue qu'à un seul principe diagnostique : lorsqu'il existe une suppuration de la fente olfactive il faut, par tous les moyens chercher à reconnaître la source de la suppuration jusqu'à ce qu'on la trouve. Le moyen seul préserve des erreurs et contribue à la réussite du traitement.

Dans le cas présenté à la Société la difficulté du diagnostic s'était accrue parce que depuis longtemps la sécrétion n'était pas apparue hors de la fente olfactive. Ce fait était dû à l'application étroite du cornet moyen contre la cloison.

Hajek montre ensuite ses instruments pour le traitement des sinus sphénoïdaux : le crochet et la curette. Ils sont exceptionnellement fins, afin de permettre leur introduction sous le contrôle de l'œil. Malheureusement, l'ouverture pratiquée dans le sinus sphénoïdal a une grande tendance à se rétrécir promptement, de sorte qu'il faut la surveiller attentivement. On maintient l'ouverture béante en y introduisant un tampon, mais celui-ci a l'inconvénient de réveiller la souffrance et de faire reparaître les engorgements.

L'auteur ne recommande le grattage de la muqueuse que dans les cas où des pulvérisations avec une solution boriquée à 3°/o ou des instillations de nitrate d'argent en solution n'ont apporté aucune amélioration.

La muqueuse doit être râclée délicatement et avec prudence car elle est très mince, et il existe sur les parties latérales des sinus sphénoïdaux des anomalies qui réclament des précautions extraordinaires.

L'auteur n'a jamais observé d'accidents à la suite de l'ouverture des sinus sphénoïdaux, aussi est-il convaincu qu'en agissant prudemment on doit considérer cette opération comme indiquée

dans certains cas. Il va sans dire que la technique de l'opération réclame encore de nombreux perfectionnements.

Dans les cas non opérés, le pus contenu dans le sinus sphénoïdal peut, par l'obstruction de l'orifice d'écoulement, faire irruption dans l'orbite ou dans la boîte crânienne ainsi que l'ont démontré plusieurs cas d'obstruction certifiés jusqu'à présent par Hosner, Panas, Rouge, Post, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des furoncles du conduit auditif, par Pauchet (Thèse de doctorat, Paris 1895).

Le staphylocoque pénètre dans le conduit par l'intermédiaire des doigts (lésions de grattage), par les objets de pansement, les instruments; il en découle une thérapeutique prophylactique, basée sur l'emploi des antiseptiques, et une désinfection rigoureuse des mains et des instruments; en évitant, en outre, tout frottement, qui ensemence le microbe pathogène.

L'auteur passe ensuite en revue les divers modes de traitement :

A. — *Incision* faite profonde, avec le bistouri à double tranchant de Hartmann, suivie d'ablation du bourbillon, et d'un pansement antiseptique; préférer l'incision évacuatrice à l'incision précoce.

B. — *Applications internes.* — Bains d'oreille chauds; instillations d'alcool boriqué saturé, de glycérine phéniquée ou au sublimé, enfin de microcidine à 3 p. 100.

Badigeonnages abortifs, au début, avec le nitrate d'argent à 1 p. 10 (tampon laissé 24 heures); tampons d'huile mentholée à 1 p. 10 ou imprégné d'acétate d alumine à 1 p. 20.

Les injections n'ont d'utilité que si elles sont bien faites, par le médecin lui-même.

Le tubage à l'aide d'un gros drain (Courtade) présente de grands avantages, s'il existe un gonflement très marqué.

C. — *Applications péri-auriculaires.* — Les réfrigérants (sachets de glace; tubes de Leiter) sont les plus utiles, comme calmants.

D. — *Traitement général* basé sur une bonne hygiène; les calmants généraux (quinine, antipyrine, chloral); les révulsifs intestinaux; les sangsues sont d'utilité médiocre.

E. — Enfin le traitement des complications possibles : contre une suppuration persistante : bains d'oreille antiseptiques; puis, après assèchement, insufflations boriquées; contre les ulcérations : teinture d'iode; contre les végétations : cautérisations chimiques ou galvaniques; contre la sécheresse du conduit, accompagnée de prurit : pommade mercurielle :

Précipité blanc.	0 gr. 50
Vaseline.	15 gr.

La complication possible d'un abcès mastoïdien sous-cutané réclame l'incision, suivie d'un tamponnement du conduit. Enfin, contre les récidives, toujours à craindre, l'auteur conseille les bains d'oreille journaliers pendant une demi-heure avec l'alcool saturé d'acide borique. RIPAULT.

Complications orbitaires des sinusites maxillaires, par SALVA (Thèse de doctorat, Paris 1895).

L'auteur étudie d'abord avec soin les rapports anatomiques du sinus maxillaire avec le plancher de l'orbite, le globe et ses annexes; puis rappelle les anastomoses des veines orbitaires avec celles des régions voisines et du sinus maxillaire en particulier.

A. — La complication la plus ordinaire est l'*ostéo-périostite*, limitée au rebord orbitaire, ou envahissant tout le plancher, ou enfin, se localisant au voisinage du trou optique (Despagnet).

La propagation du processus inflammatoire peut s'accompagner ou non de perforation osseuse; la marche de l'affection est aiguë ou chronique.

Si les lésions siègent en avant : phénomènes palpébraux; si elles siègent plus profondément: troubles graves de compression, surtout du nerf optique; rarement des paralysies musculaires. Ce qui caractérise les accidents, c'est leur siège : chémosis surtout inférieur; tuméfaction de la paupière inférieure; refoulement du globe en haut.

Le pronostic varie avec la profondeur des lésions qui peuvent amener l'atrophie définitive du nerf optique, un phlegmon total de l'orbite, enfin la formation de séquestres, parfois considérables.

On devra ouvrir le foyer orbitaire par la paupière inférieure et drainer; ouvrir et laver le sinus; plus tard, faire l'ablation des séquestres.

B. — Une deuxième complication, plus grave, est le *phlegmon orbitaire* plutôt par propagation osseuse que par voie lymphatico-veineuse.

Il se caractérise par des symptômes généraux graves, l'exorbitis direct, et des phénomènes de compression, souvent graves du côté du nerf optique ; on observe souvent des troubles de motilité du globe; des lésions osseuses très étendues; des troubles cornéens trophiques, par compression des nerfs ciliaires ; enfin, la possibilité d'accidents cérébraux mortels (Panas).

La résolution est rare; l'ouverture spontanée se fait à la paupière inférieure.

Le traitement sera double : orbitaire et sinusien.

C. — Enfin on a signalé la *phlébite orbitaire*, bien qu'il n'en existe pas d'observation directe ; la phlébite orbitaire, post-sinusale, amènera plutôt la thrombose des sinus intra-crâniens; la mort sera la terminaison habituelle, à moins qu'on ait pu faire uue opération suffisamment précoce.

RIPAULT.

Les polypes de l'oreille. Leur traitement, par Souza-Leite (Thèse de doctorat, Paris 1895).

Il existe trois variétés de polypes : le granulôme, le myxôme et le fibrôme ; l'implantation se fait surtout au niveau de la caisse (paroi labyrinthique, cadre tympanal); plus rarement dans le conduit auditif ou la mastoïde ; la coïncidence avec des lésions osseuses (caisse, osselets) n'est pas rare.

Les polypes sont très habituellement liés à une suppuration auriculaire, mais il existe des exceptions.

C'est par l'intermédiaire des otites que l'auteur explique leur coexistence fréquente avec les végétations adénoïdes, chez les jeunes gens.

S. L. insiste sur certains symptômes peu décrits : vertiges;

nystagmus, paralysie faciale, souvent définitive, par compression; vomissements; attaques épileptiformes; phénomènes cérébraux assez graves pour simuler une méningite, et guérissant après ablation; enfin des mastoïdites et des destructions osseuses étendues.

La surdité dépend plutôt des lésions d'otite associée, et du point d'implantation que du volume; les lésions de l'appareil de transmission expliquent donc que toujours le Rinne soit négatif, et le Weber positif.

Le pronostic est lié surtout à la gravité de l'otorrhée qu'ils entretiennent.

Le diagnostic, ordinairement facile, se fait surtout avec les gros condylômes du conduit, et les tumeurs malignes de la caisse.

Le traitement de choix est l'usage du polypotome; on remplacera les tractions, douloureuses et même dangereuses, par de légers mouvements de torsion autour de l'axe de l'instrument, jusqu'à détachement.

Pour les petits polypes de la zone de Schrapnell, on préférera la curette ou les caustiques.

Contre les petits polypes, et pour détruire les pédicules : bains d'oreille journaliers d'une demi-heure avec l'alcool boriqué saturé; ou attouchements avec le perchlorurne de fer, l'acide chromique; enfin le galvano, dont l'emploi demande à être surveillé de près, au fond du conduit auditif.

RIPAULT.

ANALYSES

I. — *OREILLE*

La restauration du pavillon de l'oreille, par Cocheril (*Revue de laryngologie*, 1er et 15 février 1895).

L'otoplastie n'a que de rares contr'indications : atrophie double des pavillons ; ablation de tumeurs malignes étendues ; ses indications sont multiples.

Traumatismes : la restauration doit toujours être tentée, et comprendra le fibro-cartilage s'il a été lésé ; précautions antiseptiques minutieuses ; au cas de plaie contuse, si elle est assez récente, la suture sera encore employée, après régularisation des bords.

Vices de conformation : 1) hypertrophies du pavillon, combattues par résection d'une portion triangulaire, à base périphérique, suivie de sutures.

2) déviations : enroulement du pavillon, rabattu en avant, auquel on remédie par résection sur la face postérieure seule d'un lambeau ovalaire vertical, ne comprenant le fibro-cartilage que dans des cas très accentués ; puis sutures très fines.

3) occlusion du méat : section cruciale de la membrane obturatrice ; avivement de la face interne des lambeaux rabattus et suturés à la portion correspondante du conduit auditif avivée elle aussi ; la membrane fait ainsi partie de la paroi cutanée du conduit.

Pour ces réparations, on peut utiliser un lambeau mastoïdien, suturé à la perte de substance auriculaire, puis séparé de toute attache crânienne, quand il a bien repris ; otoplastie en deux temps (Diffenbach).

Difformités acquises. Ex. : déchirures du lobule par boucles d'oreille.... avivement et suture des lambeaux ; la perte de substance est-elle trop considérable : on la comble par un lambeau mastoïdien sous-lobulaire, replié et adossé à lui-même par sutures (Nélaton).

Tumeurs du pavillon : **kystes ; fibrômes ; dont l'ablation est suivie de sutures, facilitées parfois par des incisions libératrices nécessaires ; épithéliomas, dont la réparation exige souvent l'emprunt de grands lambeaux de voisinage, et qu'il ne faut pas abandonner à la nature, dans la crainte d'occlusion cicatricielle définitive du méat auditif.** H. RIPAULT.

Spasme clonique du muscle tenseur du tympan, par C. HEFLEBOWER. (*N.-Y. med. journal*, 16 mars 1895.)

La sensation de claquement dans l'oreille avec secousse des muscles pharyngés est très pénible. On voit assez bien le mouvement du tympan à chaque claquement annoncé par le malade. L'affection reste dans le groupe des névroses. Elle s'associe souvent à d'autres troubles nerveux. H. fait jouer un rôle important aux lésions du ganglion otique et du ganglion de Meckel. D'ordinaire, ce spasme cesse d'augmenter après un certain temps et n'entraîne pas une surdité compléte.

Comme traitement en dehors de l'hygiène générale,de l'arsenic, du bromure, on emploiera surtout les courants continus. Un des pôles sera appliqué au-dessous de l'oreille ou derrière l'oreille, l'autre en contact avec le voile du palais. (L'intensité et le choix des pôles se sont pas indiqués). La section du tendon du muscle tenseur du tympan ne donne en général qu'un soulagement temporaire. Les insufflations d'air soulagent mais doivent être répétées très fréquemment. A. F. PLICQUE.

Otites grippales, par E. B. DENCH. (*Med. record*, 6 avril 1895.)

D. insiste sur les excellents résultats que donne l'incision précoce du tympan. L'inflammation disparaît, la guérison est complète en trois ou quatre jours. La suppuration est beaucoup plus profuse, beaucoup plus abondante après la rupture spontanée du tympan. En cas de mastoïdite au début, les applications froides enrayent parfois l'inflammation. Mais il est inutile de les prolonger plus de quarante-huit heures s'il n'y a pas de réunion rapide. Politzer a dit que la mastoïdite grippale intéressait surtout les cellules superficielles. D. n'a pas observé cette limitation spéciale. Il croit que l'opération doit être aussi profonde que dans les autres formes de mastoïdite. A. F. PLICQUE.

Du désenchatonnement de l'étrier, par GELLÉ (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.* Tome VII, p. 251, septembre-octobre 1894).

L'auteur parle des enchatonnements de l'étrier consécutifs

aux scléroses auriculaires : l'étrier, blotti dans sa fossette, se trouve facilement enseveli par les hypertrophies de la muqueuse périoste de la caisse du tympan. Or, il faut savoir que sous une paroi épaisse dont toutes les fossettes sont nivelées, se cache un osselet susceptible d'être mis à nu et d'être rendu libre. Quelques observations, rappelées dans ce travail, démontrent la possibilité et l'efficacité de ce désenchatonnement.

Le premier cas a trait à une femme de vingt ans atteinte d'otorrhée gauche depuis l'enfance. De ce côté, la voix haute est à peine entendue ; l'oreille droite sèche, scléreuse, ne perçoit plus rien. D : V : = O. Montre = O. A gauche, le tympan a disparu ainsi que le marteau et l'enclume : toute la paroi du promontoire bien en vue est cutanéisée. Au dessus du sourcil est une tache blanche, qui, au contact du stylet, éveille du vertige : c'est la tête de l'étrier. G. tente de dégager l'osselet encore mobile. Après cocaïnisation (1/5) et désinfection du conduit, le couteau est porté sur le promontoire au-dessous de la tache blanche et, pénétrant à plus de deux millimètres de profondeur, fait une incision horizontale s'étendant à environ quatre millimètres : une seconde incision, passant au devant de la tache blanche, est faite perpendiculairement à la première. Peu de réaction : deux jours après, l'audition de phrases assez longues est possible. La conductibilité osseuse a été reconquise.

Une seconde intervention amène un résultat encore plus durable. Jamais il n'y eut de suppuration post-opératoire. M. L.

Otalgie et surdité hystérique complète, par Gradenigo. (*Giorn. di acad. di medic. di Torino*, décembre 1894).

L'intensité des douleurs rapportées à la région mastoïdienne faisait songer à une mastoïdite. Mais il y avait en même temps anesthésie du pavillon, du conduit auditif, du tympan. La surdité était absolue. On discuta l'influence d'une dent cariée comme point de départ réflexe. Celle-ci fut arrachée, mais le traumatisme détermina une aggravation notable non-seulement les jours suivants mais persistant après la cautérisation complète de la plaie alvéolaire.

La métallothérapie (application d'or), la suggestion firent disparaître la surdité et l'otalgie, mais sans influencer l'anesthésie de l'oreille externe et du tympan. Ce fait est intéressant pour prouver qu'il n'existe pas de relation constante et absolue entre la surdité et l'anesthésie. De plus, malgré l'anesthésie tactile

des deux tympans la malade orientait parfaitement les sons et reconnaissait leur point de départ. Ce fait infirmerait également la théorie de l'orientation par la sensibilité tactile tympanique.

A. F. PLICQUE.

Un cas de surdité hystérique. Discussion à la Medical society of London, par HECTOR MACKENZIE (*Brit. med. journ.* 1896, p. 587).

Jeune fille de 16 ans, atteinte d'une angine au cours d'une épidémie de diphtérie ; trois mois plus tard, légère attaque d'influenza, suivie d'otalgie ; le traitement de Politzer provoqua une douleur aiguë, de la surdité, et bientôt un écoulement de pus par l'oreille gauche. Peu après se développèrent une anesthésie et une paralysie presque généralisées, qui persistèrent plus d'un an, et ne cédèrent finalement qu'à un traitement long et systématique par la gymnastique. L'ouïe ne peut être améliorée par aucun moyen, jusqu'au jour où on applique la méthode de Gilles de Marseille ; au bout de dix jours, la malade pouvait soutenir une conversation ordinaire, et, quelques semaines plus tard, l'acuité de l'ouïe était normale, et persista telle. Il conclut à l'hystéro-traumatisme.

DR HILL n'admet pas le diagnostic de surdité hystérique, d'abord parce qu'il n'en a jamais pu découvrir un seul cas, ensuite parce qu'il y a eu diphthérie et traumatisme dans l'observation rapportée.

DR PURNEY. Il n'est pas possible d'admettre ici la paralysie diphthérique, car les réflexes étaient normaux ; le traumatisme du labyrinthe est aussi problématique : c'est bien un cas de surdité fonctionnelle.

DR SYMES THOMPSON attire l'attention sur les résultats remarquables obtenus par la méthode de la reéducation de l'ouïe.

M. N. W.

La surdité dite hystérique et la surdité fonctionnelle, par WILLIAM B. DALBY (*Brit. med. journ.*, 16 mars 1895, p. 574).

Jeune fille de 17 ans, trouvée un matin complètement sourde par son entourage, à tel point que toute question devait être écrite. Mais la voix était restée absolument normale et modulée, et l'allure n'était pas du tout celle des sourds ; d'un autre côté, elle n'avait rien des simulatrices ; six mois plus tard elle descendit pour déjeuner un matin avec l'ouïe normale. L'auteur insiste sur ce fait que les sujets atteints de ce qu'on appelle la surdité

hystérique, ne sont pas sourds du tout ; ils ne ressemblent point à ceux qui ont réellement perdu subitement l'ouïe, comme par exemple certain enfant subitement sourd et recouvrant le pouvoir auditif après l'expulsion d'un grand nombre de lombrics, comme encore les personnes devenues sourdes à la suite d'une grande émotion ; dans ces cas de surdité fonctionnelle réelle, la voix est altérée, le sourd ne sait pas la conduire, la moduler ; chez les hystériques dont il est question, il y a un phénomène mental encore inconnu, mais certainement différent de la surdité fonctionnelle vraie ; ils couvrent l'ouïe aussitôt que l'état normal de ce sens se manifeste par surprise en présence d'une autre personne ; aussi fait-on cesser cette surdité en produisant une détonation par exemple, d'une manière absolument inattendue, afin de provoquer un mouvement ou un cri vu par quelqu'un.

M. N. W.

Un cas de surdi-mutité fonctionnelle, par W. B. RANSAN, (de Nottingham) (*Brit. med. journ.*, mars 1895, p. 470).

Mineur de 19 ans, de bonne santé habituelle, se réveille un matin complètement sourd et muet, et reste ainsi plusieurs semaines, sans aucun autre symptôme morbide local ni général. Un examen minutieux ne fit découvrir aucune cause de cet état, la conductibilité aérienne et osseuse se trouvaient également abolies. Pourtant il arrivait parfois qu'un ordre donné subitement et énergiquement était exécuté, sauf celui d'émettre un son quelconque. La conversation verbale était facile, et ne dénotait rien d'anormal dans l'état du patient ; il ne présentait pas de symptômes classiques de l'hystérie à cette époque, mais il avait eu un an plus tôt une monoplégie brachiale subite, qui avait duré trois semaines. A un deuxième examen, la surdi-mutité datant alors de cinq semaines, on vit qu'il était survenu de l'anesthésie du palais, et le diagnostic de surdi-mutité hystérique se trouva ainsi confirmé. On appliqua alors un courant faradique au larynx : le résultat fut un coup de pied et un cri, et à l'affirmation qu'il parlerait dorénavant, le patient répondit aussitôt, « oui, je le puis » et s'en retourna chez lui, parlant et entendant parfaitement. L'auteur fait observer que le mutisme hystérique, décrit par Charcot, est rarement associé à la surdité.

M. N. W.

Contribution à la connaissance de la labyrinthite syphilitique, par ARTHUR AF FORSELLES : (*Finska lakaresallskapets handlingan, XXXVI, 12*, p. 856-863).

Un homme, âgé de 22 ans, contracte la syphilis vers la fin du mois de janvier 1894. Le 3 août, il fut saisi subitement par un vertige et des vomissements violents. Plus de perceptions subjectives des sons ; l'ouïe commença à s'affaiblir à gauche. Vers la fin de la première semaine, la température monta à 39°. Amélioration, mais l'ouïe resta diminuée. L'acuité auditive à la montre était d'un mètre à droite, tandis qu'à gauche elle ne pouvait être entendue, même appliquée sur l'oreille externe ou sur la mastoïde. Pourtant la parole était perçue. Le temps de la perception pour les sons élevés était diminué considérablement, celui pour les sons plus bas à un degré plus faible. Par le Weber, le diapason fut entendu à l'oreille droite (la meilleure). Accès fréquents de vertige. D'après de F., l'affection du labyrinthe était primitive, parce que les troubles de l'oreille moyenne pouvaient être exclus complètement. La violence extraordinaire du vertige indiqua que le point de départ de la maladie se trouvait dans les ampoules : de F. a observé plusieurs cas, où la difficulté de percevoir la conversation au téléphone a été le motif pour lequel les malades ont dû consulter un médecin.

A. F. EKLUND.

Exfoliation de la cochlée, du vestibule et des canaux semi-circulaires, par GOLDSTEIN, de Saint-Louis (*Saint-Louis med. and surg. journ.*, n° 3, 1895).

L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant de 6 ans 1/2, phtisique, ayant une suppuration ininterrompue depuis dix-huit mois et auquel on avait déjà fait une incision derrière l'oreille pour un abcès mastoïdien. Paralysie faciale complète du côté (non indiqué) affecté. Une large ouverture est faite dans l'os derrière le pavillon, et, quelques mois après, on retire plusieurs séquestres soit par le trajet fistuleux mastoïdien, soit par le conduit auditif lui-même.

L'auteur insiste surtout sur la persistance de la faculté auditive du côté affecté après l'enlèvement de la cochlée et des parties profondes du rocher. Une discussion intéressante a suivi cette présentation à la Société médicale de Saint-Louis.

Toutefois, quelques objections peuvent être faites, notamment

l'absence d'une description suffisante, dans l'observation, des séquestres présentés et le jeune âge du malade qui exclut l'idée de recherches précises et valables sur l'audition. Au point de vue bibliographique l'auteur en est resté au mémoire de Bezold et ne fait pas mention de la thèse de Bec (Lyon, 1894) qui contient une statistique beaucoup plus étendue. M. LS.

Nécrose du labyrinthe, par HARRY FRIENDENWALD. (*New-York med. journ.*, 23 février 1895.)

L'inflammation de l'apophyse mastoïde et de l'oreille interne parait consécutive, dans ce fait, à une scarlatine. Les vertiges constituèrent le symptôme le plus net en faveur de l'affection labyrinthique. Il n'y eut pas de paralysie faciale. On fit d'abord l'ouverture de l'apophyse mastoïde puis l'opération de Kuste (ablation de la paroi postérieure et supérieure du conduit auditif, curettage des parties cariées), sans diminuer la suppuration. Après trois ans et demi de soin, maintien de l'orifice fistuleux, lavages antiseptiques, le séquestre labyrinthique qui avait résisté à de nombreuses tentatives d'extraction finit par s'éliminer spontanément. A. F. PLICQUE.

Des opérations systématiques dans le cas d'affections intra crâniennes consécutives aux suppurations de l'oreille, par M. PRITCHARD, de Londres. (*Arch. of otol.*, nos 1 et 2, 1894).

M. Pritchard donne les conseils suivants : 1o Ouvrir complètement l'antre mastoïdien et explorer les cellules mastoïdiennes. 2o Si on ne trouve pas de raison suffisante pour expliquer tous les symptômes, élargir l'ouverture crânienne de façon à pouvoir mettre à découvert les fosses moyenne et postérieure qu'on explorera avec une aiguille fine, au-dessus et au-dessous du sinus latéral. 3o Si l'on trouve des caillots dans le sinus, lier la veine jugulaire interne, ouvrir le sinus et le débarrasser de son contenu. 4o Si l'on soupçonne un abcès cérébelleux, faire des ponctions exploratrices et évacuer le pus si on le découvre.

Trois observations sont ajoutées pour démontrer la nécessité d'opérer avec cette systématisation de procédés. M. LS.

Otite moyenne purulente ayant déterminé la carie du temporal, un abcès sous-duremérien et la mort, l'apophyse étant restée intacte, par M. G. REULING, de Baltimore. (*Arch. of otol.*, nos 1 et 2, 1894).

Ce long titre indique suffisamment le contenu de l'article

auquel est jointe une double héliogravure montrant la lésion osseuse.

M. LS.

Cas divers d'affections de l'apophyse mastoïde, par SCHMIEGELOW, de Copenhague. (*Arch. of otol.*, nos 1 et 2, 1894).

Les trois observations rapportées sont fort intéressantes.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 22 ans qui avait eu une suppuration scarlatineuse à l'âge de 6 ans, et n'avait plus rien présenté depuis. A 19 ans, après une attaque de grippe, paralysie faciale à droite ; quelques mois après, douleurs vives dans l'oreille et apparition dans le conduit d'une tumeur qu'on opère et qui récidive.

Il entre à la clinique de l'Université à Berlin avec sa paralysie faciale, une paralysie de l'hypoglosse avec hémiatrophie de la langue et une large tumeur dans le conduit ; il n'y a rien du côté de l'apophyse et il existe des ganglions hypertrophiés le long du cou. Un morceau de la tumeur est enlevé, examiné au microscope, considéré comme du sarcome, et le malade renvoyé comme inopérable. S. le voit en 1892 et se décide à l'opérer pour soulager les douleurs et considérant d'ailleurs le cas comme douteux à cause de la longue durée de l'affection et de l'absence de lésions du côté de la mastoïde. Il ne s'agissait en réalité que d'une inflammation chronique avec destruction carieuse étendue du temporal, cholestéatome et productions polypeuses. Il est à noter qu'un examen microscopique des parties enlevées pouvait aussi faire croire à un sarcome. Guérison complète.

Le second cas a trait à un enfant de 5 ans atteint d'otite moyenne suppurée chronique qui fut amené avec des signes de pyoémie et chez lequel, malgré l'absence de gonflement de la mastoïde, il existait un cholestéatome de la portion pétreuse du temporal et de la fosse cérébrale moyenne. L'enfant présenta après l'opération une pneumonie suivie d'empyème qui fut opéré : les signes de pyoémie avaient amené l'auteur à faire également l'ouverture du sinus transverse. La guérison fut complète au bout de six mois.

Le troisième cas était un sarcome de l'apophyse mastoïde chez un enfant de 8 ans ; l'opération amena un soulagement, mais le petit malade fut perdu de vue.

M. LS.

Percussion de l'apophyse mastoïde, par O. Körner et R. von Wild, de Francfort-s-le-Mein. (*Arch. of otol.*, nos 1 et 2, 1894).

Ces auteurs disent que la percussion de l'apophyse mastoïde peut rendre des services en permettant de diagnostiquer une ostéite profonde ne se traduisant par aucun signe subjectif ou extérieur. A l'appui, ils rapportent un cas de carie diabétique récente où la percussion fut pratiquée pendant la narcose ; la percussion forte dénotait une matité absolue du côté malade alors que du côté sain on obtenait une résonnance osseuse ordinaire, analogue à celle qu'on pouvait obtenir en un point quelconque du crâne où la peau avait la même épaisseur. Cette observation est accompagnée de réflexions sur la mastoïdite diabétique et sur la rapidité de son évolution.

Chez un deuxième malade, atteint d'otite moyenne torpide, la percussion donnait le même son des deux côtés. Brusquement la matité apparut du côté gauche et la trépanation fit trouver une cavité pleine de pus, de granulations et de particules osseuses nécrosées.

Les auteurs se sont assurés, par des expériences sur le cadavre, que ces différences de sonorité n'avaient rien à faire avec l'air contenu dans les cellules mastoïdiennes, mais seulement avec la lésion osseuse.

Dans le même journal, Moos (*Arch. of otol.*, nos 1 et 2, 1894), confirme l'importance de la percussion lorsque le résultat est positif : un résultat négatif ne prouve rien. Il rapporte un cas où l'apophyse était nécrosée et où cependant il n'y avait pas de différence dans la résonnance. M. LS.

II. — *NEZ ET SINUS*

Sur les kystes séro-muqueux de la portion interne de l'aile du nez, par H. Knapp, de New-York (*Arch. of otol.* nos 1 et 2, 1894).

La littérature est très pauvre sur ce sujet. Zuckerkandl, Mc Bride, Châtellier, Martin, Cartaz, Dunn, en ont observé des cas. Knapp en ajoute un nouveau, concernant une femme de 47 ans, chez laquelle il pratiqua l'extirpation par le procédé de Dieffenbach avec guérison au bout de huit jours.

L'origine et la pathogénie de ces kystes est obscure. Le pro-

nostic est favorable. Quant au traitement, il comporte trois procédés. La paracentèse évacuatrice avec récidive presque fatale; la destruction de la paroi interne du kyste, soit par la chaleur, soit par les agents chimiques; enfin, l'extirpation par le procédé de Rouge ou celui de Dieffenbach. Cette troisième méthode est plus sûre et donne des guérisons permanentes. M. LS.

Séquestre avec dent cariée du plancher des fosses nasales, par H. KNAPP, de New-York (*Arch. of otol.*, nos 1 et 2, 1894).

Chez un enfant de 7 ans atteint de rhinite à gauche et d'otite purulente aiguë, Knapp enleva deux séquestres dont l'un contenait la deuxième incisive gauche dont la couronne était bien formée et la racine cariée; cette dent a paru retournée. Une fistule permettait de passer de la cavité dans la bouche entre la première incisive et la canine. M. LS.

Contribution à l'étude de la rhinite atrophique, par MORF, de Winterthur (*Arch. of otol.*, n° 4, 1894).

L'auteur a examiné 80 cas à la clinique otologique de Bâle. Il résulte de ses recherches que le catarrhe nasal atrophique est plus fréquent chez la femme que chez l'homme et atteint surtout les jeunes sujets; la fétidité s'observe dans 90 °/₀ des cas.

Il insiste sur la rareté des formes unilatérales, mais dit avoir trouvé, dans 18 cas sur 80, la coïncidence de la rhinite atrophite et de la rhinite hypertrophique. Habituellement, la muqueuse rhino-pharyngée est atteinte, mais il est beaucoup plus rare que celle du larynx et de la trachée soit prise.

Les complications du côté des oreilles moyenne et interne sont fréquentes : 47 fois sur cent dans la statistique de l'auteur, ce qui est un chiffre plus élevé que celui qui est indiqué par la plupart des auteurs. Lorsque c'est l'oreille moyenne qui est atteinte, la propagation se comprend facilement. Mais, d'autre part, la surdité nerveuse est relativement plus fréquente, malgré le jeune âge des sujets, ce qui ne peut guère être attribué qu'à des anomalies constitutionnelles. M. LS.

De l'ozène, par MENDEL (*Médecine moderne*, n° 34, 1895).

On peut lire dans cet article une leçon complète et pratique de l'état de nos connaissances sur l'ozène. L'auteur y résume

les différentes théories encore en présence, et termine son travail par un diagnostic précis et par l'énumération des traitements actuellement en usage L. EGGER.

Rhumatisme du nez, du pharynx et du larynx, par W. FREUDENTHAL (Communication à l'Académie de médecine de New-York, *Med. record*, 16 février 1895).

F. rapporte une série d'observations de laryngites, de pharyngites avec douleurs souvent très vives, hypérémie, ulcérations même et semblant d'origine, soit rhumatismale, soit goutteuse. C'est l'état général plutôt que l'examen local qui fait le diagnostic entre les deux diathèses. Il existe cependant des tophi assez caractéristiques de la goutte laryngée. Les résultats du traitement par le salicylate de soude, la lithine, les alcalins, confirment le rôle attribué au rhumatisme ou à la goutte dans l'inflammation locale. A. F. PLICQUE.

Traitement des épistaxis, otites moyennes suppurées produites par le tamponnement nasal, par V. GALETTI. (*Il. Morgagni*, 16 mars 1895.)

G. rapporte quatre cas où le tamponnement des fosses nasales avec la sonde de Belloc a produit des otites moyennes suppurées. Il regarde cette grave complication comme fréquente. Il croit que dans le traitement des épistaxis on doit préférer, soit les cautérisations au galvano-cautère, soit une canule tampon à chemise de caoutchouc insufflable. Le bioxyde d'hydrogène a également réussi en injections de 150 à 200 grammes. Dans la pratique courante où ces moyens feraient défaut, on réussira presque toujours avec les injections sous-cutanées d'ergotine, les irrigations nasales avec l'eau à 50°, le simple tamponnement antérieur. A. F. PLICQUE.

Quelques instruments rhino-laryngologiques, par R. BOTEY (*Archivos latinos de rinologia*, 4e année, n° 46, p. 209, octobre 1894).

B. décrit quelques instruments qu'il a perfectionnés, cherchant avant tout à les rendre simples et pratiques.

1° Des galvano-cautères pour les cornets inférieurs, protégés du côté de la cloison par une large plaque de terre réfractaire.

2° Des galvano-cautères pour la destruction des nodules des

chanteurs, qui également offrent sur un de leurs côtés une petite plaquette de terre réfractaire pour éviter la brûlure de la corde vocale opposée. B. préfère cautériser les nodules des chanteurs plutôt que de les enlever avec une pince coupante ; il les touche, en plusieurs séances successives, avec le couteau à peine rougi, sans nier cependant que ce ne soit là une des opérations les plus difficiles de la spécialité, presque « un tour de force ».

3° Des couteaux à lame très courte pour inciser le septum sur un de ses côtés sans entamer la muqueuse de la face opposée : ils servent à l'exécution du procédé opératoire recommandé par l'auteur pour le redressement des déviations verticales de la cloison.

4° Un spéculum nasal, se maintenant seul en place et fixé d'une manière originale à la lèvre supérieure du patient.

5° Enfin, divers porte-cotons simples et économiques, condition essentielle pour que chaque malade puisse garder son instrument à lui spécialement destiné. M. L.

Des corps étrangers du sinus maxillaire et en particulier de leur élimination par l'hiatus semi-lunaire, par M. Goult (*Arch. int. de lar. rhin. otol.* Tome VIII, n° 1, p. 7, janvier-février 1895).

La présence d'un corps étranger est, en général, assez bien tolérée par la muqueuse pituitaire, mais retarde aussi considérablement la guérison de suppuration de ces cavités.

Quand il s'agit d'une pièce de pansement, gaze ou ouate, il est facile de l'extraire à l'aide d'une pince fine spéciale qui a donné plusieurs fois à G. les meilleurs résultats : elle est assez mince pour pouvoir être introduite dans le sinus par l'orifice alvéolaire sans gêner la vue.

Quand il s'agit d'un corps dur et mobile, comme une canule métallique, le procédé le plus simple consiste à pratiquer des lavages forcés par l'orifice alvéolaire et à s'en contenter tant que ce corps ne produit pas de phénomènes inflammatoires sérieux. Celui-ci peut être aussi projeté hors du nez.

En résumé, la marche de la suppuration est notre meilleur guide au point de vue de l'énergie du traitement. Si elle ne tarit pas ou devient fétide, il faut chercher à extraire le corps étranger par la voie alvéolaire avec des crochets, avec la pince déjà signalée, avec l'anse à polype du nez (Ziem) en variant la position du malade, en le renversant aussi bas que possible, pour que le corps étranger s'arrête au niveau du plafond du sinus devenu sa

partie la plus déclive, ou encore en le penchant du côté opposé pour que ce corps tende à pénétrer dans l'hiatus semi-lunaire.

Quand tous ces moyens ont échoué, une large ouverture par la fosse canine s'impose, elle permet, en même temps que l'extraction du corps étranger, le curettage énergique de la cavité pour guérir une suppuration jusque-là rebelle. M. L.

De la prothèse dans le traitement des fistules chirurgicales du sinus maxillaire, par G. de Marion (*Arch. intern. de lar. rhin. otol.* Tome VIII, n° 1, p. 15, janvier-février 1895).

Pour obturer les fistules chirurgicales du sinus maxillaire, on recommande généralement d'y introduire soit une sonde, soit un tampon d'ouate.

Mais la sonde a pour défaut son extrême mobilité : son poids la fait aisément tomber dans la bouche.

Les tampons d'ouate ont des inconvénients plus grands : souillés par les liquides buccaux et les aliments, ils deviennent rapidement septiques : et, de plus. ils peuvent facilement pénétrer dans le sinus maxillaire, y jouer le rôle de corps étranger et entretenir indéfiniment la suppuration.

L'auteur préfère les appareils prothétiques. C'est un pièce dentaire partielle, qui sera munie d'une sonde pénétrant dans le trajet fistuleux. Cette sonde est obstruée par un mandrin, supporté lui-même par une dent artificielle qu'il suffit de détacher de la pièce pour déboucher la canule et permettre le lavage du sinus. Ainsi, toute communication est supprimée entre la bouche et le sinus, et l'appareil assure la fixation de l'obturateur.

Et quand on voudra tenter l'obturation de la fistule, il suffira de supprimer la bande qui pénètre dans la cavité du sinus; l'appareil ne sera plus alors qu'une simple pièce dentaire, encore suffisante pourtant, pour obstruer hermétiquement le trajet. M. L.

Tumeur de l'orbite par dilatation du sinus ethmoïdal, par Rohmer. (Soc. française d'ophtalmologie, séance du 7 mai 1895).

1° La distension du sinus ethmoïdal se traduira, avant son ouverture, par une saillie du côté de la paroi interne de l'orbite, saillie qui peut être plus ou moins sensible, voire même doulou-

reuse, qui peut acquérir le volume d'une noisette ou davantage, et se prolonger le long de la paroi interne de l'orbite jusque vers le fond de la cavité ; à la rigueur, une pression vigoureuse du doigt permettra de sentir la crépitation parcheminée, ce qui, joint aux signes suivants, autorisera à éliminer l'idée de tumeur vraie de l'orbite.

2° L'œdème du voisinage siègera surtout sur la paupière inférieure, et vers les régions malaire et temporale, à cause de la compression de la veine ophtalmique, qui, après avoir suivi la paroi interne de l'orbite, traverse la fente sphénoïdale pour se jeter dans ls sinus caverneux.

3° Les lésions par inflammation de voisinage ou par compression du nerf optique seront très tardives en cas de maladie des sinus ethmoïdal et frontal, tandis qu'elles apparaîtront relativement vite quand il s'agira d'une distension du sinus sphénoïdal (Panas). La saillie de la paroi ethmoïde de l'orbite aura simplement pour effet de repousser l'œil en masse vers l'angle inféro-externe de la cavité orbitaire, tandis que le nerf optique sera longtemps épargné, et l'acuité visuelle restera longtemps relativement bonne. Ajoutons aussi que les accidents méningitiques, ainsi que les inflammations du sinus caverneux et de la veine ophtalmique, seront beaucoup plus fréquents aussi en cas de lésions des cavités du sphénoïde.

4° L'ouverture large du côté de l'orbite, aidée encore, s'il est nécessaire, du cathétérisme nasal, trancheront la question et permettront de préciser davantage la localisation des lésions.

III. — *BOUCHE ET PHARYNX*

De la papillite linguale, par Baratoux (*Arch. latinos de rinól. lar. otol.* Année VI, n° 50, page 37).

B. confirme les recherches de Duplaix sur l'existence d'une affection douloureuse des bords et de la pointe de la langue, due à une érosion des papilles filiformes : toutefois, contrairement à cet auteur, il admet que la maladie soit aussi fréquente chez l'homme que chez la femme. L'affection guérit par la cautérisation galvanique. Mais, au lieu de faire, à l'exemple de Duplaix, une cautérisation ponctuée sur chacune des papilles malades, B. se contente de promener à plat le couteau galvano-

caustique sur toutes les parties douloureuses préalablement cocaïnisées. La maladie n'est pas à l'abri des récidives. Un assez grand nombre des malades restent guéris : mais il en est d'autres qui ont des poussées assez fréquentes exigeant de nouvelles cautérisations. M. L.

Examen bactériologique de la diphtérie dans les États-Unis, par WELCH WILLIAM H. (*Ann. journ. med. sc.* 1894, p. 427 ; in *Arch. of pediatrics*, février 1895).

1. La direction sanitaire de New-York a examiné dans cette ville tous les cas suspects de diphtérie, sauf de rares exceptions. Dans l'espace d'un an, jusqu'au 4 mai 1894, il a été fait des cultures de 5,611 cas.

2. Dans New-York et Boston, 58 1/2 °/₀ étaient reconnus comme de la diphthérie vraie ; parmi les croups 80 °/₀ de diphthériques, 14 °/₀ démontrés non diphthériques ; 15 cas de rhinite fibrineuse et 4 de diphtérie nasale isolée contenaient le bacille diphtéritique.

3. Diverses formes d'angines simples, d'amygdalites folliculaires présentèrent de la diphthérie typique.

4. L'auteur décrit bien des localisations rares du bacille diphthérique : oreille moyenne, plaies, ulcères, abcès, poumons, valvules cardiaques ; distribution dans les organes des individus humains et des animaux autopsiés.

5. Parmi les microorganismes associés, il y a surtout le streptococque, le staphylococque, le diplococque lancéolé.

6. Les angines de la scarlatine sont en général streptococciques ; dans un milieu favorable, la diphthérie vient les compliquer souvent ; 4 cas de diphthérie dans la fièvre typhoïde.

7. La pseudo diphthérie (angine et laryngite pseudo-membraneuse sans bacille de la diphthérie) est le plus souvent causée par le streptococcus pyogenes, mais aussi parfois par d'autres microbes. Sur 408 cas, il y a eu une mortalité de 1,7 °/₀ en ville, et jusqu'à 25 °/₀ à l'hôpital : due surtout à quelque complication : broncho-pneumonie, laryngite, scarlatine.

8. Sur 752 cas, les bacilles disparurent 325 fois, trois jours après la disparition des fausses membranes ; de 5 à 7 jours, 201 cas ; 12 jours, 84 cas ; 15 jours, 69 cas ; 21 jours, 57 cas ; 28 jours, 11 cas ; cinq semaines, cinq cas ; enfin, une fois des bacilles virulents furent trouvés sept semaines après la disparition de l'exsudat.

9. Dans les familles où l'isolement n'a pas été pratiqué, on a constaté des bacilles chez la moitié des sujets sains ; 40 °/₀ de ces sujets porteurs de bacilles furent atteints de diphthérie ultérieurement. En cas d'isolement, le bacille ne se trouve que chez 10 °/₀ des personnes de l'entourage.

10. Sur 330 personnes qui n'avaient pas eu de rapports avec des diphthériques, 8 possédaient des bacilles virulents, deux furent atteints de diphtérie ; 24 autres possédaient un bacille morphologiquement identique à celui de Löffler, identique aussi au point de vue des cultures, mais absolument dépourvu de virulence. Le bacille pseudo-diphthérique se retrouva 27 fois ; il ne faut pas confondre ce dernier avec celui dont il vient d'être question ; le bacille pseudo-diphthérique diffère du vrai par les cultures, la ressemblance est superficielle, tandis que, dans un certain nombre de cas, le bacille dépourvu de toute virulence est bien celui de Löffler. M. N. W.

Considérations sur la pharyngite granuleuse, par E. J. Moure. (*Bulletin médical*, 20 février 1895.)

L'auteur, montrant l'exagération dans laquelle étaient tombés nos prédécesseurs, admet que l'on peut, sans l'effacer complètement, donner un cadre plus modeste à la pharyngite granuleuse. Bien souvent, chez les enfants, le pharynx est granuleux et ne donne lieu à aucun des signes classiques de cette affection ; d'autre part, chez des malades se plaignant de sensations de brûlures, d'enrouements passagers, de *hemming* avec expulsion de mucus grisâtre, opale et perlé, on ne trouve à l'examen du pharynx aucune trace de granulations.

Dans la grande majorité des cas *la granulation est elle-même un symptôme,* une conséquence de l'inflammation du naso-pharynx, des fosses nasales, ou de tout l'arrière-gorge.

Après l'anatomie et la pathologie de l'amygdale naso-pharyngienne et de l'amygdale linguale, les études de ces dernières années nous ont fait connaître des agglomérations de follicules lymphatiques souvent isolés, quelquefois confluents, occupant soit les parties médianes, soit les portions latérales du pharynx buccal, en arrière des piliers postérieurs, soit les côtés de la langue en dehors du V lingual, à l'union du pilier antérieur du voile palatin et de la langue.

Dans le premier cas, on voit en arrière des piliers postérieurs,

quelques saillies isolées ou un bourrelet inégal, oblong, s'étendant en général des bords postérieurs des trompes d'Eustache, pour se terminer vers l'épiglotte, et recouverts par une muqueuse turgescente plus ou moins rouge.

Le second groupe de granulations, distinct de l'amygdale linguale, siège à l'union du pilier antérieur avec la langue. Leur hypertrophie plus ou moins accentuée donne, par le frottement continuel de cette surface hérissée contre les parois du pharynx, la sensation de picotement, de brûlure, de corps étranger.

Traitement. En l'absence d'inflammations causales qu'il faut traiter d'abord, donner la préférence à la médication de Mandl : gargarismes et badigeonnages avec la solution d'iode dans la glycérine.

Action plus rapide obtenue par cautérisation du centre de la granulation avec une perle de nitrate d'argent ou par badigeonnages de solutions iodées au 1/3 ou au 1/5 après raclage des saillies granuleuses.

Plus énergique et plus efficace la cautérisation galvanique en surface, dont il faut espacer les séances d'au moins 15 jours.

Traitement consécutif émollient, traitement thermal approprié. L. EGGER

Reproduction du tissu lymphoïde dans le pharynx, par E. HOPKINS. (Académie de médecine de New-York, *N. Y. med. journ.*, 26 janvier 1895).

H. cite de nombreux faits de récidives de végétations adénoïdes du pharynx. Il y a eu dans certains cas jusqu'à trois récidives. Aussi faut-il faire quelque réserve sur le résultat éloigné de l'opération.

La fréquence des récidives pourra être diminuée : 1° en pratiquant une ablation précoce et complète, faite après anesthésie chez les enfants de moins de quinze ans ; 2° en insistant sur le traitement général (sirop d'iodure de fer, traitement de la goutte, de la tuberculose, de la syphilis possibles) continué longtemps après l'intervention ; 3° en veillant aux conditions hygiéniques (chambres à coucher petites, mal aérées, passage d'appartements trop chauffés à l'air froid, irritations diverses pouvant congestionner le pharynx).

J. Wright, tout en insistant sur la nécessité d'une ablation complète, montre qu'une destruction trop étendue et trop profonde de la fibro-muqueuse qui supporte les végétations peut

amener des accidents graves. Il montre le rôle de certaines inflammations post-opératoires dans la récidive, de la tuberculose, de la syphilis, de la transformation en tumeur maligne.

W. Simpson croit qu'au cours de la première opération il est souvent difficile d'apprécier si l'ablation est absolument complète. Une seconde opération est assez fréquemment nécessaire mais après celle-ci les récidives sont rares.

C. Myles a rarement vu les récidives après l'opération pendant l'anesthésie. Il n'a jamais vu ces récidives produire de troubles fonctionnels sérieux.

Coakley a vu une saillie insignifiante laissée au cours d'une opération grossir considérablement en moins de six mois.

Gleitsmann croit la récidive rare après l'opération radicale sous l'anesthésie, mais recommande de suivre toujours le malade pendant plusieurs mois.

F. Chappell examine la gorge quelques semaines après l'opération et touche les points suspects au nitrate d'argent. Il n'a eu que peu de récidive.

J. Quinlan signale comme cause de récidive l'obstruction ou l'atrésie de la partie antérieure des fosses nasales.

E. Newcomb admet le rôle de cette atrésie. Le grattage du pharynx après l'opération avec le doigt entouré de gaze iodoformée lui a paru un très bon moyen.

F. Mc Kernon dit que certaines récidives sont absolument inexplicables.

Bryson Delavan signale quelques faits rares de guérison complète après une opération partielle. Il recommande l'opération radicale avec anesthésie. Il ne croit pas que l'hémorrhagie soit plus à craindre dans les opérations pour récidive.

A. F. PLICQUE.

De l'ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrothermique, par Lichtwitz, de Bordeaux (*Médecine moderne*, 1895, nos 9 et 10).

Dans une première partie de son travail, l'auteur fait le procès des différentes méthodes en usage : bistouri, ciseaux, pince coupante, amygdalotome, auxquelles on reproche surtout les hémorrhagies. L'ignipuncture, au moyen du thermocautère, ou mieux, du galvanocautère, ainsi que l'électrolyse, exigent un trop grand nombre de séances espacées, et sont moins bien tolérées par les malades.

Reste donc l'*anse électrothermique*, opération peu douloureuse et ayant comme gros avantage de ne pas produire d'hémorrhagie. Le délaissement dans lequel était tombée cette méthode, alors que l'on ne pouvait compter sur les courants inconstants fournis par les piles, n'a plus sa raison d'être avec les accumulateurs que nous possédons actuellement, et qui nous permettent d'enlever les amygdales hypertrophiées de n'importe quel volume et de n'importe quelle structure dans un espace de temps qui ne doit pas être supérieur à deux ou quatre secondes. Ce temps est assez long pour que l'hémostase se produise, et il est assez court pour qu'il n'y ait pas de rayonnement de chaleur trop intense dans les tissus profonds et voisins.

Après avoir énuméré les suites de l'opération, qui sont ordinairement insignifiantes, Lichtwitz continue son article de vulgarisation en donnant des conseils pratiques et précis sur les instruments à employer, et la manière d'opérer.

1° *Intensité du courant.* — Huit ampères pour un fil de fer de 1/3 de millimètres d'épaisseur. Pour les amygdales très grosses et qu'on suppose fibreuses, on augmentera l'intensité jusqu'à dix ampères.

2° *Anse ; métal à employer.* — Le fil d'acier qui sert pour les cordes à piano, monté sur le porte-anse simple, et de 1/3 de millimètre de diamètre.

3° *Les porte-fils.* — Que les pennes soient assez grosses et suffisamment isolées pour qu'elles ne s'échauffent pas.

4° *Manches.* — Longueur suffisante pour pouvoir serrer jusqu'au haut une anse qui, déployée, a 18 centimètres de long. Contacts de l'interrupteur larges. Cordons de gros diamètre.

5° *Source électrique : accumulateurs, courants formés par des dynamos.* — Avec deux accumulateurs montés en tension placés assez près de l'opérateur, on obtient l'intensité suffisante.

Enfin, l'auteur termine en reproduisant la photographie de l'installation dont il se sert. L. EGGER.

De l'angine granuleuse, par MENDEL (*Médecine moderne*, n° 17, 1895).

Leçon très intéressante par sa clarté et sa concision, leçon complète par sa description soignée et surtout par son traitement. L'auteur y examine tous les traitements mis en usage, et indique la manière de les pratiquer. L. EGGER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCE

Oreille.

M. Lannois. Nécrose et élimination spontanée d'un limaçon avec conservation apparente d'un certain degré d'audition (Soc. des sc. méd. de Lyon ; in *Lyon méd.*, 8 septembre 1893).

David et Estor. Mycosis de l'oreille (*Arch. de méd. et chir. milit.* septembre 1893).

A. Broca. Traitement des abcès encéphaliques consécutifs aux suppurations de l'oreille (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 23 septembre 1893).

Aslanian. Carie du rocher ; paralysie faciale ; otite moyenne chronique tuberculeuse (*Marseille méd.*, n° 14, 1893).

Collet. L'otologie et la laryngologie dans les cliniques de Vienne (*Province méd.*, n° 36, 1893).

Lubet-Barbon. Otite moyenne suppurée, carie de la paroi interne de la caisse, paralysie faciale. Opération de Stacke. Mort. Autopsie. (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, septembre-octobre 1893).

P. Bonnier. Le vertige brightique (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 11 et 18 octobre 1893).

G. Nimier. Traitement chirurgical de l'otite moyenne suppurée chronique (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 14 octobre 1893).

Gellé. Un point de physiologie de l'étrier (Comptes rendus hebd. des séances de la Soc. de biol. de Paris, 27 octobre 1893).

F. Marais. Hématôme spontané du pavillon de l'oreille (*Année méd. de Caen*, 15 octobre 1893).

C. Delstanche. Nouvelle méthode d'extraction du marteau (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 octobre 1893).

G. Bédart. Auto-observation d'un cas d'otite moyenne aiguë. Paracentèse du tympan. Guérison. (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 octobre 1893).

L. Couëtoux. Examen de l'audition au conseil de révision (Soc. de méd. de Nantes, 23 octobre ; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 novembre 1893).

M. Lannois. Abcès du cervelet lié à la présence d'acares dans l'oreille chez un lapin (Soc. des sc. méd. de Lyon ; in *Lyon méd.*, 12 novembre 1893).

A. F. Plicque. Surdité et syphilis (*Gaz. des hôp.*, 14 novembre 1893).

G. Gradenigo. La surdité dans la méningite cérébro-spinale (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 octobre 1893).

Coyne. Cholestéatome du conduit auditif externe (Soc. d'anat. et phys. de Bordeaux, 23 octobre; in *Journ. de méd. de Bordeaux* n° 46, 1893).

Lacoarret. Corps étranger de l'oreille (*Ann. de la policlin. de Toulouse*, octobre 1893).

Lavrand. Empyème de l'antre mastoïdien droit; abcès sous-périosté; perforation spontanée de la table osseuse (*Journ. des sc. méd. de Lille*, n° 45, 1893).

Mlle **N. Astier.** Observation sur un cas d'audition colorée (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 16 décembre 1893).

A. Vaudremer. Des méningites suppurées non tuberculeuses (Thèse de Paris, 1893).

E. Guillaume. Traitement des corps étrangers de l'oreille (Soc. méd. de Reims, 18 octobre; in *Union méd. du Nord-Est*, décembre 1893).

Chambellan. Traitement de l'otite moyenne scléreuse chez quelques enfants, par la solution iodo-iodurée prise à l'intérieur. Nouvelle méthode de traitement (*Journ. de clin. et thérap. infantiles*, 20 décembre 1893).

E. Ménière. Coup de feu dans l'oreille droite. Observation (*Arch. int. de lar. rhin. otol.*, novembre-décembre 1893).

E. Deschamps. Deux cas de surdité syphilitique profonde (Compte rendu des séances de la soc. de méd. et chir. de l'Isère, 20 octobre 1893).

A. Courtade. Rupture par effort du conduit auditif externe. Hémorrhagie persistante (Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris, novembre-décembre 1893).

J. Gruber. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Réunion secondaire de la plaie. Leçon recueillie par **P. Maurel** (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 janvier 1894).

A. Politzer. Le traitement de l'otite moyenne suppurée (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 17 janvier 1894).

A. Raoult. Otite moyenne compliquée de pénétration de larves de mouches dans le conduit et dans la caisse du tympan (*Rev. méd. de l'Est*, 1er février 1894).

Gellé. Sur l'acuité auditive et la portée de l'ouïe (Comptes rendus hebd. de la soc. de biol. 2 février 1894).

Brunelle. Otite moyenne suppurée dans le typhus exanthématique (*Bull. méd. du Nord*, n° 24, 1893).

Garnault. Les maladies infectieuses dans leurs rapports avec les maladies de l'oreille (*Semaine méd.*, n° 1, 1894).

E. J. Moure. De l'extraction des osselets dans l'otorrhée (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 53, 1893).

Régis. Hallucination unilatérale de l'ouïe (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 53, 1893).

Ladreit de Lacharrière, Polaillon et **Brouardel.** Des coups de feu au niveau de l'oreille (Soc. de méd. lég. 12 février; in *Bull. méd.*, 14 février 1894).

A. Guillemin. Notions d'acoustique (La voix parlée et chantée, janvier 1894).

Guillaume. La parole chez les sourds-muets (Soc. méd. de Reims, 10 janvier; in *Union méd. du Nord-Est*, février 1894).

A. Courtade. Nouveau mode de traitement des abcès du conduit auditif externe par le tubage (Soc. de thérap. de Paris, séance du 14 février 1894).

Prompt. Etude sur les fonctions de l'oreille interne (*Dauphiné méd.*, mars 1894).

E. Schmiegelow. Corps étranger dans la cavité tympanique. Extraction. Tétanos (*Rev. de lar. otol. et rhin.* 1er mars 1894).

Garnault. Le massage vibratoire dans les maladies de l'oreille (*Clinique française*, 28 février 1894).

C. Miot et **J. Baratoux**. Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, 5e partie des maladies de l'oreille moyenne (In 8° de 744 pages avec 61 figures dans le texte. L. Battaille et Cie éditeurs, Paris, 1894).

Morel-Lavallée et **Déléage**. Impétigo du lobule de l'oreille (Soc. franç. de derm. et syphil., séance du 8 mars, Paris, 1894).

E. Guder. Contribution à l'étude de la toux réflexe, en particulier de la toux auriculaire (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 mars 1894).

M. Lermoyez. L'oreille typhique (*Presse méd.*, 18 mars 1894).

A. Broca. Le traitement des mastoïdites (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, janvier-février 1894).

Gellé. Instrument pour échancrer le mur de la logette et ouvrir l'attique (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, janvier-février 1894).

A. Barbier. Deux cas d'hématome du conduit auditif externe chez des enfants (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 5 avril 1894).

L. Lichtwitz et **J. Sabrazès**. Du cholestéatome de l'oreille (*Bull. méd.*, 28 mars 1894).

A. Cannieu. Recherches sur les origines du nerf auditif, ses rameaux et ses ganglions (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er et 15 avril 1894).

Brindel. Méningo-encéphalite diffuse aiguë consécutive à une otite moyenne suppurée (*Soc. anatom. de Bordeaux*, 15 janvier 1894).

Gellé. Erreurs dans l'examen de l'audition (*Tribune méd.*, n° 11, 1894).

Gellé. Du désenchatonnement de l'étrier (Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris, janvier 1894).

A. Courtade. I. Manche porte-instruments à angle variable. — II. Manchon hermétique pour spéculum de Siegle (Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris, janvier 1894).

P. Bonnier. Réflexes auriculaires (Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris, février 1894).

Rougier. Otites grippales (Bull. méd. et adm. du dispensaire gén. de Lyon, 15 avril 1894).

Delore. Sur l'éducation des sourds-muets (Soc. nat. de méd. de Lyon ; in *Lyon méd.*, 15 avril 1894).

E. J. Moure. Sur un cas d'opération de Stacke (Bull. etm ém. de la soc. d'ophth. lar. otol. et rhin. de Bordeaux et du sud-ouest, nos 11 et 12, 1893).

F. Lagrange. Paralysie du droit externe consécutive à une fracture du rocher (Bull. et mém. de la soc. d'ophth. lar. otol. et rhin. de Bordeaux et du sud-ouest, nos 11 et 12, 1893).

Le Dantec. Rétrécissement du champ auditif dans l'hystérie (*Arch. de méd. navale et coloniale*, avril 1894).

Chambellan. Observation de syphilis héréditaire de l'oreille moyenne (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 26 avril 1894).

E. Ménière. Sarcôme ossifiant chez un enfant de 8 ans (*Médecine moderne*, 2 mai 1894).

M. Lannois. Nécrose et séquestre du labyrinthe (Soc. franç. de lar. otol. et rhin. séance du 1er mai ; et *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er juillet 1894).

Montalescot. Le chlorure de zinc dans le traitement de l'otite moyenne suppurée, chronique, granuleuse (Thèse de Paris, mai 1894).

J. A. A. Rattel. Le cathétérisme des trompes d'Eustache rendu pratique par l'usage de la sonde palatométrique (Broch. de 8 pages, Paris 1894).

C. Miot. Quelques remarques sur la mobilisation de l'étrier (Soc. franç. de lar. otol. et rhin. séance du 1er mai ; *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 juillet 1894).

A. Martin et **Lubet-Barbon.** Rapport sur le traitement des suppurations mastoïdiennes (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 2 mai 1894).

G. Luc. Contribution à la question de l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne comme traitement radical de certaines otorrhées rebelles (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 2 mai ; *Arch. int. de lar. rhin. otol.*, mai-juin 1894).

B. Lœwenberg. Traitement abortif du furoncle par la cautérisation ignée (*Bull. méd.*, 6 mai 1894).

A. Cartaz. Deux cas de surdité hystérique (Soc. franç. d'otol. et lar., séance du 2 mai ; *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er juin 1894).

Gellé. Les inhibitions auriculaires (Soc. franç. d'otol. et lar., séance du 2 mai 1894).

A. Bouyer. Traitement des surdités catarrhales à Cauterets (*Arch. gén. d'hydrologie*, 1894).

G. Variot. Malformations congénitales du pavillon de l'oreille et de l'oreille externe chez des enfants (*Journ. de clin. et thérap. infantiles*, 10 mai 1894).

Claude. Ulcération sarcomateuse de l'oreille (Bull. de la soc. anatom. de Paris, fasc. 6, février-mars 1894).

A. Cartaz. Malformation de l'oreille (Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris, mars 1894).

E. Giampietro. Contribution au traitement de l'aphasie et de la surdi-mutité. (La voix, mai 1894).

Tuffier et **Tucker.** Trois abcès centraux à streptocoques consécutifs à une otite moyenne. Trois trépanations suivies de succès temporaires, méningite suppurée. Mort. (Bull. de la soc. anat. de Paris, fasc. 7, mars-avril 1894).

T. Bec. De la nécrose du labyrinthe et en particulier du limaçon (Thèse de Lyon, avril 1894).

Coyne. Du sourd-muet et de son éducation (*Arch. clin. de Bordeaux*, avril 1894).

Mermod. Des bourdonnements d'oreilles perceptibles à distance (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 mars 1894).

F. Schiffers. Traumatisme de l'oreille (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 mars 1894).

Delsaux. Un cas de syphilis du labyrinthe (*Rev. int. de rhin. otol. et lar*. 25 mars 1894).

Delie. Trois observations d'otorrhées chroniques avec complication de carie (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 mars 1894).

Noquet. Polype volumineux de l'oreille droite (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 avril 1894).

Hamon du Fougeray. Règles à suivre dans l'ouverture des abcès mastoïdiens (Soc. franç. d'otol. et lar. Paris, 30 avril 1894).

Grelet. Contribution à l'étude de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, ses applications en oto-laryngologie (Thèse de Paris, juin 1894).

NOUVELLES

Congrès International d'Otologie.

(Florence, 23-26 septembre 1895.)

Rapports.

1. Le traitement des abcès intra-crâniens à la suite des affections purulentes de l'oreille, par T. Barr (Glasgow).
2. Le traitement général dans les maladies de l'oreille, par Gellé (Paris).
3. Le traitement général dans les otites internes, par G. Gradenigo (Turin).
4. État actuel de l'anatomie pathologique du labyrinthe, par A. Politzer (Vienne).
5. Sur la physiologie de l'oreille moyenne, par C. Secchi (Bologne).

Communications.

ANATOMIE NORMALE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE

6. Arslan (Padoue). — Contribution à l'étude des tumeurs adénoïdes.
7. Chiucini (Rome). — Méthode de section anatomique du temporal avec démonstration de pièces anatomiques.

8. Cozzolino (Naples). — Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur les fosses nasales, la cavité pharyngienne et l'oreille moyenne des nourrissons et nouveau-nés. 1re série d'observations. Considérations hygiéniques, cliniques et thérapeutiques.

9. Cozzolino (Naples). — Présentation d'un atlas photographique et stéréoscopique d'anatomie normale et pathologique des cavités naso-pharyngiennes et auriculaires, d'après nature, destiné à l'enseignement.

10. Cozzolino (Naples). — Présentation d'un atlas de 10 planches à l'aquarelle d'embryologie et d'anatomie normale, avec application à la physiologie des appareils auditifs, naso-pharyngé et pharyngo-buccal, destiné à l'enseignement.

11. Haug (Munich). — Démonstration de préparations microscopiques, anatomo-pathologiques.

12. Haug (Munich). — Présentation de préparations microscopiques de myringoplastie.

13. Politzer (Vienne). — Démonstration de pièces anatomiques.

PHYSIOLOGIE ET MÉTHODES D'EXPLORATION

14. Boucheron (Paris). — Sur la réfraction des ondes de la parole à travers les os du crâne.

15 Chiucini (Rome). — Recherches expérimentales sur le minimum d'audition, selon l'âge.

16. Cozzolino (Naples). — La manométrie nasale en rapport avec la manométrie auriculaire. Conclusions avec démonstrations.

17. Grazzi (Florence). — Considérations sur les résultats de l'expérience de Weber et de Masini.

18. Haug (Munich). — Résultat de recherches expérimentales sur les transplantations.

19. Lannois (Lyon). — Sur le cérumen.

20. Okuneff (Saint-Pétersbourg). — L'auscultation de l'apophyse mastoïde dans les cas de sclérose.

21. Ottolenghi (Sienne). — La sensibilité et la situation juridique des sourds-muets.

22. de Roaldès (Nouvelle-Orléans). — Note préliminaire sur les particulités otologiques des nègres.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

23. Arslan (Padoue). — Un cas d'hématome du conduit auditif externe.

24. Avoledo (Milan). — Quels sont les résultats donnés jusqu'ici par la chirurgie intra-tympanique dans le traitement des otites suppurées.

25. Baratoux (Paris). — Diagnostic et traitement de l'ankylose des osselets ; sa guérison.

26. Botey (Barcelone). — Traitement de l'otite sèche et principalement de l'ankylose de la base de l'étrier par des injections intra-tympaniques d'acide lactique.

27. Botey (Barcelone). — Traitement des bourdonnements et de quelques affections labyrinthiques par la paracentèse de la membrane ronde, suivie d'aspiration.

28. Brieger (Breslau). — Sur l'ostéite primitive de l'apophyse mastoïde.

29. Bronner (Bradford). — Massage local dans le traitement de l'eczéma chronique de l'oreille externe.
30. Burnett (Philadelphie). — Prophylaxie de l'empyème mastoïdien.
31. Coosemans (Bruxelles). — Un cas de corne du pavillon.
32. Corradi (Vérone). — Sur les perforations traumatiques du tympan.
33. Cozzolino (Naples). — Sur les progrès de la chirurgie otoiatrique radicale des cavités moyennes de l'oreille et du conduit auditif externe. Critique, nouvelles indications et méthode de l'auteur pour ouvrir l'antre de l'apophyse mastoïde, avec démonstrations.
34. D'Aguanno (Palerme). — Sur la paracousie de Willis.
35. Delstanche (Bruxelles). — Quelques mots sur l'emploi de la vaseline liquide dans le traitement des affections de l'oreille moyenne.
36. Ferreri (Rome). — Sur les altérations séniles de l'oreille moyenne.
37. Flatau (Berlin). — Sur la guérison d'anciennes perforations du tympan.
38. Garzia (Naples). — 1° Influence de la syphilis sur certaines affections auriculaires. 2° Exostose pédonculée de l'oreille externe.
39. Gradenigo (Turin). — Contribution à la chirurgie endo-crânienne des complications otitiques ; abcès cérébraux, thrombose, etc.
40. Grazzi (Florence). — Sur un cas de surdité complète à la suite d'une méningite aiguë par diplococcus de Frünkel avec présentation de la malade.
41. Hartmann (Berlin). — Sur les progrès modernes du traitement des otorrhées.
42. Haug (Munich). — Sur une nouvelle disposition des lambeaux dans l'opération radicale des otites moyennes chroniques purulentes.
43. Heiman (Varsovie). — 1° Statistique des maladies d'oreilles. 2° Un cas d'abcès cérébelleux d'origine otique.
44. Lichtwitz (Bordeaux). — Complications des empyèmes des cavités accessoires du nez.
45. Lubet-Barbon. — Sur les mastoïdites ; rapports de l'anatomie et de la pathologie.
46. Macnaughton Jones (Londres). — Rapports de l'hypertrophie des cornets avec la surdité, et en particulier de l'ablation des cornets.
45. Ménière (Paris). — Emploi de bougies en gomme dans le traitement des affections de la trompe et de la caisse.
48. Moure (Bordeaux). — Polypes de l'oreille et hémorrhagies.
49. Sexton (New-York). — Remarques sur la chirurgie de l'oreille moyenne.
50. Strazza (Gênes). — Cas importants d'affections cérébrales consécutives aux otites moyennes suppurées.
51. Saint-Clair Thomson (Londres). — Sur l'antisepsie et les médications intra-nasales.
52. Sune y Molist (Barcelone). — Sur les blessures de l'apophyse mastoïde produites par des balles de fusil ou de revolver.
53. Szenes (Budapest). — Sur les lésions traumatiques de l'organe de l'ouïe.
54. Verdos (Barcelone). — Troubles de l'oreille provoqués par les détonations de dynamite.

Présentations d'instruments.

55. Abery (Copenhague). — Nouvel instrument pour le traitement des affections catarrhales aiguës et chroniques de l'oreille moyenne.
56. Delstanche (Bruxelles). — Instruments.

57. Royet (Lyon). — Instrument permettant de mesurer exactement la sensibilité des sons musicaux avec quelques considérations sur les résultats obtenus.

58. Suarez de Mendoza (Angers). — Instruments.

La 67 réunion des naturalistes et médecins allemands.

(Lubeck, 16-21 septembre.)

SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Sur les modifications de la glande thyroïde dans la maladie de Basedow, par Lubarsch (Rostock).

SECTION DE MÉDECINE INTERNE

Sur la maladie de Basedow, par Martius et Berlin (Rostock). — Les résultats du sérum antidiphthéritique, par Heubner (Berlin) et Soltmann (Leipzig).

SECTION DE CHIRURGIE

I. Inflammation des amygdales et amygdalotomie. — II. Ablation des cornets inférieurs, par Riedel (Iéna).

SECTION DE PÉDIATRIE

La durée de l'intubation dans des cas guéris par la sérumthérapie et actuellement, par Bokai (Budapest). — Sténoses cicatricielles consécutives à l'intubation, par Galatti (Vienne). — Rapports du spasme glottique avec la tétanie, par Hauser (Berlin). — Sur la sérothérapie, par V. Rande (Munich).

SECTION DE NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Sur la surdité corticale, par A. Pick (Prague).

SECTION D'OTOLOGIE

Contribution à l'étiologie du cholestéatome de l'oreille moyenne. par Siebenmann (Bâle). — Communication par Gomperz (Vienne). — L'otologie d'Hippocrate, par Kœrner (Rostock). — Valeur des exercices acoustiques dans les cas de perte de l'ouïe, par Trestel (Berlin). — Communication, par O. Brieger (Breslau). — Le sesqui chlorure de fer en otiatrie, par Fischenisch (Wiesbaden). — Démonstrations, par Steinbrugge (Gresien).

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Symptômes et suites des hypertrophies amygdaliennes, pa (Hambourg). — Hydrorrhée nasale, par E. FINK (Hambourg. — tement chirurgical des sténoses nasales. — II. Renseignements cc sur la relation des affections nasales avec les maladies d'yeux, lioration et la guérison de ces dernières par le traitement de l'al nasale, par WINCKLER (Brême). — Genèse et étiologie des hémorr pharyngiennes, par RETHI (Vienne). — *a*. Sur l'ozène trach remarques sur la genèse de l'ozène. *b*. Cacosmie subjective. *c*. Dé trations, par ZARNIKO (Hambourg). — Communications, par G. S (Vienne). — *a*. Traitement opératoire de l'hypertrophie des c inférieurs. *b*. Traitement opératoire des scolures en forme de c de la cloison nasale. *c*. Une forme inconnue jusqu'ici de sténose r par MOLDENHAUER (Leipzig).

La *Société britannique de laryngologie, rhinologie et ot* vient de constituer son bureau : *Président* : G. STOKER (Lonc *vice-présidents* : E. LAW, MIDDLEMASS HUNT et W. MILLIGAW ; *C métropolitain* : W. MC NEILL WHISTLER, (*ex-officier*) DUNDAS G MAYO COLLIER, WYATT WINGRAVE, G. C. WILKIN ; *extra métr tain* : J. M. E. SCATLIFF, J. BARK ; *secrétaire honoraire* : PEGLE

Le 3e *Congrès français de médecine interne* aura lieu à Nan commencement du mois d'août 1896.

La *Mississipi Valley medical association* s'est réunie à Detroit 3, 4, 5 et 6 septembre. Nous relevons au programme :

Laryngites considérées au point de vue rhinologique, L. C. CLINE (Indianapolis). — Traitement des inflammations aiguës l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde, par E. B. DENCH (N York). — Excision des osselets de l'oreille, par R. C. HEFLEBOW (Cincinnati). — Observation de vertige labyrinthique, par H. M. LASH (Indianapolis). — Anomalies de l'oreille chez les dégénérés, par F. PETERSON (New-York).

L'Hôpital pour les maladies des yeux et des oreilles de Pittsburg (Etats-Unis) a ouvert ses portes le 1er juillet. Les médecins sont : Drs J. E. WILLETTS, C. A. WISHAST, E. W. DAY, et E. G. MATSON.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr ORIGÈNE MASINI, décédé à Certaldo le 21 juillet dernier. Notre confrère avait dû abandonner l'exercice de la spécialité, par suite de la maladie qui, au bout de quelques années, vient de l'emporter. Nous adressons nos sincères condoléances à son frère, G. Masini, de Gênes.

Le Dr Gerber vient d'être nommé *privat docent* pour les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille à Kœnigsberg.

Mon cher collègue,

Vous avez sans doute appris que l'*Index Medicus*, cette merveilleuse publication bibliographique médicale, ne paraît plus.

Le dernier numéro qu'on trouve en librairie est celui d'avril 1895, qui remonte déjà à deux mois.

J'ai l'intention de continuer, mais sur une base toute nouvelle, l'œuvre si admirable et si précieuse, commencée par la Bibliothèque des Médecins militaires Américains, et si bien organisée par le Prof. J. Billings.

Mais, pour atteindre mon but, j'ai besoin du concours de tous, les sources bibliographiques dont je dispose personnellement ne me permettant pas, tout en étant très considérables, de faire face à toutes les recherches nécessaires.

Permettez-moi de penser que vous voudrez bien vous intéresser à ma tentative et contribuer à mon entreprise de la façon suivante :

1° En m'adressant (comme nous le faisions tous jadis à l'*Index Medicus*), un exemplaire de tous les journaux d'ordre scientifique que vous publiez.

2° En m'envoyant un exemplaire de tous les ouvrages scientifiques qui sortent de votre maison.

Cela pour me permettre d'établir rapidement un *Index bibliographique* aussi complet que possible.

D'ailleurs, dans un journal spécial, qui portera le nom de *La Bibliographie scientifique*, et qui paraîtra tous les trois mois, *chaque livre envoyé* sera annoncé, comme le faisait l'*Index Medicus*.

De plus, si l'ouvrage nous est adressé en double exemplaire, il y sera analysé en 10 lignes, sans qu'il puisse y avoir le moindre oubli possible.

Confiant dans votre dévouement pour tout ce qui touche à la Science et dans votre concours pour une telle œuvre, j'ose croire, mon cher collègue, que vous ne voudrez pas la laisser s'établir sans y apporter votre pierre.

Avec tous mes remerciements,

Marcel BAUDOUIN,

Secrétaire général de l'*Association de la Presse Médicale*,
Organisateur du *Comité international de la Presse Médicale*,
Fondateur de l'*Institut international de Bibliographie Médicale*.

14, Boulevard St-Germain.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Recherches expérimentales sur le centre cortical du larynx, par J. BROECKAERT (Extrait de la *Rev. de lar. otol. et rhin.* 1895).

I. Tumeurs syphilitiques du nez. — II. Épithéliome et endothéliome de l'oreille externe, par KUHN (Extrait des *Verh der Deuts. Otol. Gesells.* Iena, 1895).

Contribution à la pathologie et au traitement des bruits objectifs de l'oreille, par R. KAYSER (Extrait des *Verh. der Deuts. Otol. Gesell.* Iena, 1895).

Sur le lupus de l'oreille externe semblant en relation avec la vaccination, par R. KAYSER (Tirage à part des *Verh. IVe Deuts. Dermat. Congrès*, 1895).

La mensuration exacte du passage de l'air à travers le nez, par R. KAYSER (Tirage à part des *Archiv. für Lar.* Bd III, h. 1 u. 2, 1895).

Des pressions centripètes (Epreuve de Gellé), Étude de séméiologie auriculaire, par G. GELLÉ (Broch. de 152 pages, Soc. d'Édit. Scient. Paris, 1895).

Fistule branchiale du cou guérie par l'électrolyse, par LICHTWITZ (Extrait des *Arch. d'électricité méd.* No 28, 15 août 1895).

Angiôme du pharynx, par LICHTWITZ (Extrait de la *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, no 14, 7 avril 1895).

La sérumthérapie et le tubage du larynx dans les croups diphthéritiques, par A. CHAILLOU (Broch. de 120 pages, Rueff et Cie éditeurs, Paris, 1895).

Le Gérant : G. MASSON.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie DESTENAY, Bussière Frères, successeurs.

Tome XXI. -- N° 11. — Novembre 1895.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

TROIS CAS D'EMPYÈME DU SINUS FRONTAL

par M. RIPAULT, interne des Hôpitaux.

Nous avons eu récemment l'occasion d'opérer dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Gouguenheim, trois cas de sinusite frontale ; ce sont les observations de ces malades que nous présentons ici, nous permettant de les accompagner de quelques réflexions que ces faits nous ont suggérées.

OBS. I. — Fr. employé, 44 ans.

Dans les antécédents héréditaires, nous relevons ce fait que la mère est morte avec une fistule occupant le rebord orbitaire droit.

Notre malade se fit enlever un polype nasal dans la narine droite à l'âge de 35 ans ; ce polype récidiva et fut opéré plusieurs fois ; obstruction nasale, céphalées intermittentes ; il y a 4 ans le malade observa qu'il mouchait du pus, non fétide.

Le 19 novembre 1893, il fut pris brusquement de plusieurs crises nerveuses consécutives, avec convulsions, surtout du côté droit du corps ; son médecin traitant le considéra comme épileptique, et le soumit, sans grands résultats, à la médication bromurée.

Les crises le reprirent ensuite à diverses reprises ; il avait en même temps des vertiges, et, suivant son dire, marchait dans la rue comme un homme ivre, au point qu'il n'osait sortir.

Il se fit alors soigner dans une clinique, où on lui extirpa « des morceaux de chair, » qui le firent beaucoup saigner, et soulagèrent ses maux de tête.

Le 25 décembre 94, il fut pris d'une crise si violente qu'il en perdit connaissance pendant plus de 2 heures ; les vertiges et les douleurs le décidèrent alors à venir consulter à Lariboisière.

A l'examen, nous trouvâmes du pus en abondance dans le méat moyen, à la rhinoscopie antérieure et postérieure ; des masses polypoïdes, fongueuses, remplissaient en partie ce méat ; leur extirpation à l'anse et à la curette ne procura au malade qu'un soulagement médiocre.

A l'éclairage électrique, nous observâmes à droite une obscurité très évidente ; mais rien dans la région du sinus frontal, quelque soin que nous mîmes à cette recherche ; la région sus orbitaire, d'apparence normale, était, d'autre part, indolore à la pression et à la percussion.

Cependant, plusieurs fois le malade avait observé une lourdeur et une faiblesse de la paupière supérieure, qui s'était accompagnée d'une enflure ayant rapidement disparu sans laisser de trace.

La première molaire droite cariée est extraite ; à l'aide du perforateur de M. Gouguenheim nous pénétrons dans le sinus et évacuons du pus en assez grande abondance.

Mais, fait très curieux, le malade, doué d'une sensibilité toute spéciale de son maxillaire, ne put supporter le port d'aucune canule ; il la retira et l'orifice se referma.

Nous lui fîmes alors, sur sa demande, l'ouverture canine et curettâmes le sinus qui fut bourré à la gaze iodoformée ; au bout d'un mois, aucune trace de suppuration, nous laissons la fistule se fermer.

Mais il existait toujours du pus dans le méat moyen et le malade se plaignait de névralgies frontales et de vertiges.

Nous pratiquâmes alors une large trépanation par la paroi antérieure du sinus frontal ; à l'aide de curettes nous raclâmes toute la surface du sinus avec soin, fîmes une irrigation au sublimé, puis badigeonnâmes au chlorure de zinc à 1.10 ; le canal fronto nasal fut frictionné également avec la même solution, puis un gros drain établit la communication entre les fosses nasales et la plaie extérieure.

L'opération ne fut suivie d'aucune réaction ; au bout de 3 jours nous fîmes une irrigation dans le sinus par le drain ; l'eau ressortit claire ; au bout de 10 jours nous retirâmes le drain, et 18 jours ensuite le malade sortit, sans aucune trace de suppuration dans le méat moyen.

Céphalées, vertiges et crises épileptiformes ont disparu ; et cet état excellent s'est maintenu depuis plusieurs mois ; le malade vient de repartir dans son pays.

OBS. II. — Delaf. 66 ans, ménagère.

Malade douée d'une excellente santé, mais depuis nombre d'années sujette à de violentes migraines, surtout prononcées à droite ; pas de coryzas.

Il y a 2 ans environ, les maux de tête s'accrurent; l'œil s'injecta ; la paupière supérieure s'œdématia ; l'œil était en même temps plus saillant, la vision se supprima peu à peu.

Un abcès s'ouvrit un jour, puis se ferma rapidement. Une nouvelle poussée fut suivie d'un nouvel écoulement de pus ; la tête resta endolorie.

La malade vint alors nous trouver, se croyant atteinte d'une cataracte dont elle demandait à être opérée.

A l'examen de la malade, nous ne trouvâmes pas de cataracte, mais une atrophie complète de la papille ; nettement, en dehors, du milieu de l'arcade orbitaire, on pouvait voir un petit orifice adhérent à l'os, en cul de poule, par où ne suintait qu'un liquide séro purulent insignifiant ; le stylet s'arrêtait aussitôt sur l'os.

Aucun écoulement nasal ; cornet et méat moyens normaux.

En présence de la fistule, malgré son siège externe, et l'absence de tout signe nasal, malgré des réponses extrêmement confuses (l'histoire de la malade n'a été débrouillée que par un long et minutieux interrogatoire post-opératoire de M. Sellerier, externe du service) ; nous portâmes le diagnostic de sinusite frontale, et fîmes la trépanation antérieure.

Nous tombâmes dans un sinus immense : 7 centimètres transversalement sur 4 centimètres dans le sens antéro-postérieur, rempli de pus et surtout d'énormes masses fongueuses qui obstruaient évidemment le canal nasal et empêchaient les manifestations nasales de la sinusite de se produire ; curettage très étendu par une large ouverture ; drainage, après friction énergique au chlorure de zinc.

Fait intéressant, sur la paroi inférieure existait une perte de substance arrondie, du diamètre d'une pièce de 50 centimes ; et malgré la présence de ce pus et de ces fongosités au contact du tissu cellulaire de l'orbite, pas de phlegmon orbitaire depuis plusieurs mois ; il s'était créé à ce niveau un amas de tissu cicatriciel qui isolait le sinus, largement ouvert, du contenu de l'orbite.

Les suites de l'opération furent très bonnes ; mais il subsista pendant 5 semaines une suppuration appréciable ; nous en vînmes à bout cependant, et d'une façon complète, en faisant avec précaution des injections dans le sinus avec une solution de chlorure

de zinc à 1/30, la malade penchant fortement la tête sur l'épaule droite ; au bout de quelques minutes, une irrigation boriquée entraînait l'excès du caustique. Au bout de cinq semaines, la malade quittait l'hôpital dans un état absolument satisfaisant ; nous avons récemment appris par ses enfants que cet état s'était maintenu jusqu'à ce jour (fin août).

OBS. III. — Pe. 57, manœuvre.

Ce malade, atteint depuis plusieurs mois d'une obstruction totale de la narine droite alla consulter dans une clinique où on l'opéra ; il négligea toute précaution, fut pris un beau jour de frissons intenses, souffrit atrocement du front, surtout à droite, moucha du pus en quantité ; puis un abcès se forma au grand angle de l'œil droit et s'ouvrit, laissant un trajet fistuleux.

Au bout de 15 jours, l'état général et l'état local ne s'améliorant pas, il entra à l'hôpital.

Nous trouvâmes à l'examen la fosse nasale droite remplie par une tumeur assez ferme et vasculaire déjà morcelée, baignant dans le pus ; l'examen de quelques fragments retirés à l'anse montra à notre collègue Mignot qu'il s'agissait d'un sarcôme.

A l'angle interne de l'orbite existaient 2 fistules profondes, par lesquelles le stylet tombait sur un os dénudé ; le globe oculaire était en exorbitisme infero-externe très marqué ; la paupière supérieure énormément infiltrée.

Température élevée, état général mauvais.

La trépanation fut faite avec toute l'antisepsie possible ; drainage par le canal fronto-nasal, et drainage orbitaire.

La température tomba ; les douleurs diminuèrent considérablement ; la tuméfaction orbitaire s'affaissa en partie ; et nous concevions déjà quelque espoir quand, le 5me jour, la température monta brusquement à 40 environ ; le pouls s'accéléra, des vomissements et des convulsions apparurent ; le malade tomba dans le coma, et succomba le 17me jour qui suivit l'intervention.

A l'autopsie on trouva le sinus droit en bon état ; le sinus gauche contenant une cuillère de pus qui avait fusé par une petite perforation de la cloison inter sinusienne, sans que rien n'indiquât la participation du second sinus à l'infection ; la paroi posterieure du sinus était saine ; mais l'orbite infiltrée de pus jusqu'au trou optique ; sur la convexité du cerveau, une large nappe de pus, avec des exsudats méningitiques presque généralisés sur tout le lobe fronto-pariétal.

L'examen bactériologique du pus a été négligé, pour des circonstances indépendantes de notre volonté.

Réflexions sur les sinusites frontales.

I. — Dans ces trois cas, la sinusite siégeait à droite ; il en a été constamment de même dans plusieurs autres cas observés soit dans le service de M. Gouguenheim, soit aux Quinze-Vingts ; des communications orales de M. Gellé et de quelques autres spécialistes, il résulte que la lésion siège presque constamment à droite ; les cas de sinusite frontale gauche sont relativement fort rares ; il y a évidemment là plus qu'une coïncidence ; le Dr Luc a déjà insisté sur ce fait très curieux.

Toutes les fois donc où un écoulement purulent se fera par la narine droite, il faudra penser au sinus frontal, et se souvenir que quand même le sinus maxillaire est atteint, le sinus frontal peut fort bien l'être aussi ; cette recherche aura une importance moindre pour la narine gauche.

Toutes les fois où un malade se plaindra de migraines, de névralgies du côté droit de la face, dont la cause échappera, il faudra porter ses investigations vers le sinus frontal.

II. — Nous avons insisté sur les vertiges et *crises épileptiformes* accompagnant certaines sinusites frontales, et cessant radicalement après le traitement ; ce sont là, croyons-nous, des symptômes assez peu habituels.

La pression énergique sur la région du sinus, surtout sur sa paroi inférieure, a constamment éveillé de la douleur ou tout au moins une sensibilité marquée dans tous les cas d'empyème où nous l'avons recherchée avec insistance ; la déformation apparente, même à l'examen comparatif, nous a semblé par contre peu fréquente, même sur la paroi orbitaire.

L'éclairage par transparence avec une toute petite lampe, contrairement à ce que nous avons vu souvent pour les sinusites maxillaires, ne nous a pas fourni le moindre renseignement utile.

Dans la plupart des sinusites frontales, le pus siège dans la partie antérieure du méat moyen. Chez le malade I, après lavage

du sinus maxillaire, nous trouvions toujours du pus par la rhinoscopie antérieure, et point par la rhinoscopie postérieure quoique l'écoulement fût abondant.

Nous avons fait la même remarque pour un autre malade, une jeune femme que M. le Dr Mandelstamm avait amenés à la clinique pour la faire opérer.

Peut-être ce détail de rhinoscopie pourra-t-il rendre quelque service dans un cas de diagnostic différentiel embarrassant pour le point de départ exact de la suppuration ; ceci est d'ailleurs un peu en rapport avec la direction des ostia des deux sinus.

III. — Lorsque nous avons vu la fistule orbitaire de la malade II, malgré son siège nettement externe, et l'indolence à peu près complète de la région sinusale, nullement déformée d'autre part, nous avons pensé aussitôt au sinus frontal, ayant récemment observé un malade opéré par M. le Dr Kalt dans des circonstances identiques, et sans que le diagnostic exact ait pu être posé.

Le sinus s'étend souvent jusqu'à l'angle externe de l'orbite ; on doit donc s'attendre à trouver des fistules tout le long de l'arcade.

Nous avons enfin observé un autre cas identique dans le service de notre excellent chef, M. le Dr Chevallereau.

Chez les trois malades dont il vient d'être question ; manifestations orbitaires, actuelles ou passées ; manifestations nasales absolument nulles ; pas d'écoulement de pus à aucun moment ; cornets et méats irréprochables. Il existe des sinusites orbitaires, relevant de l'oculiste, comme il existe des sinusites purement nasales, relevant du rhinologiste ; les premières méritent le nom de sinusites fermées, car c'est l'obstruction du canal fronto-nasal qui est la cause de l'éclosion des accidents orbitaires et oculaires.

Un autre signe oculaire que nous signalons dans l'observation I, et que nous a indiqué également un opéré de M. le Dr Chevallereau, est un œdème passager de la paupière supérieure droite, absolument indolore d'ailleurs, et qui, coïncidant avec quelques douleurs névralgiques de la région, nous paraît indiquer une inflammation sinusienne.

Dans notre observation II, notons ici l'atrophie papillaire complète par compression.

Tous ces faits prennent de l'importance, quand ils siègent dans le pôle supérieur de l'orbite droite, et en perdent quand ils occupent l'orbite gauche.

Le phlegmon peut fort bien exister par simple périostite, sans qu'il existe de solution de continuité de l'os.

Aussi, lorsqu'ayant ouvert un phlegmon orbitaire suspect d'être d'origine sinusienne, on tombera sur le plafond de l'orbite dénudé, mais sans fistule, ne devra-t-on jamais hésiter à faire au moins une petite trépanation exploratrice dans le sinus ; persuadé que bien souvent elle fera cesser à jamais les accidents.

Nous avons ainsi vu un malade à qui on incisa à trois reprises la paupière supérieure, pour des phlegmons d'apparence idiopathiques ; à la troisième on ouvrit et curetta le sinus ; le malade guérit.

IV. — A propos de l'observation III, relevons la cause de l'infection du sinus : un traumatisme opératoire pour lequel les précautions consécutives n'avaient pas été prises, comme elles doivent l'être toujours.

Le malade n'avait rien présenté au point de vue symptomatique, avant l'intervention, qui pût faire penser à une sinusite, même latente.

La communication qui s'était établie entre les 2 sinus est aussi un fait qui nous a frappé. Enfin la méningite suppurée qui a enlevé le malade ne paraît pas due à une infection de voisinage, mais bien plutôt à une propagation infectieuse de l'orbite vers les sinus méningés ; la plaque de méningite suppurée siégeait au niveau du sinus longitudinal supérieur.

M. le Prof. Panas a récemment appelé l'attention sur un cas où la marche des accidents avait été analogue.

Toutes les fois donc où il existera un foyer orbitaire, il devra être largement ouvert et drainé ; mais on se défiera des injections qui diffuseraient facilement les éléments infectieux dans le tissu si lâche qui occupe la loge postérieure de l'orbite.

V. — Au point de vue thérapeutique, il nous a semblé résulter des divers cas observés et suivis à Lariboisière et aux Quinze-Vingts, et d'après l'expérience de nos chefs que l'incision

devra être faite de préférence sur la paroi antérieure, *immédiatement* au niveau de la bosse frontale, et au dessus de l'arcade, très peu en dehors de la région inter sourcilière.

L'ouverture du sinus ne doit pas craindre d'être large, et comme l'enseigne M. le Dr Luc, de se compliquer d'une résection de la paroi antérieure, de façon à voir dans tout son sinus, et à l'atteindre en tous les coins les plus reculés.

La cicatrice consécutive n'est que médiocrement disgracieuse, à condition de bien respecter le bord même de l'orbite, qu'il est d'ailleurs toujours inutile de léser.

L'ouverture de l'os étant faite largement, il faut curetter; mais, pour obtenir un résultat sérieux, ne pas se borner à gratter des fongosités qu'on voit souvent assez mal, mais détruire absolument par le raclage toute la fibro-muqueuse, envahie dans la profondeur de ses couches, et ne s'arrêter que lorsqu'on sent partout une surface bien lisse et résistante. La curette doit atteindre méthodiquement l'une après l'autre les trois parois, et surtout ne pas oublier les angles et l'extrémité : le sommet du sinus, où on laisse facilement des fongosités.

Il est également d'importance capitale de gratter l'orifice du canal fronto-nasal et tout son pourtour ; car là *surtout*, ainsi qu'on l'a constaté par le toucher, siègent les altérations les plus profondes. Ce curettage est le temps important, le seul temps délicat de l'opération ; aussi faut-il y constater un temps suffisamment prolongé pour ne rien laisser, autant que possible, sous peine de récidive rapide.

Un des avantages de l'ouverture large est de permettre l'introduction directe du doigt qui, seul, peut reconnaître l'état des parois et montrer quels sont les points qui ont été trop faiblement atteints.

Le curettage doit non pas modifier, terme trop élastique, mais détruire la fibro-muqueuse, et lui permettre, si on accepte l'expression, de faire peau neuve.

Après le curettage méthodique et bien complet, irrigation pour nettoyer le sinus, puis badigeonnages avec la solution de chlorure de zinc pour détruire sur place ce qui a échappé au raclage ; il faut enfin s'occuper du canal fronto-nasal, et faire passer dans les fosses nasales un long drain, aussi gros que

possible, sur lequel on établira des trous rapprochés pour permettre facilement aux injections de pénétrer dans le sinus pour ressortir sans difficultés par le nez. Le drainage du sinus est presque toujours une condition nécessaire pour obtenir et affirmer la guérison radicale. Une autre précaution est de traverser le drain avec une épingle de sûreté ; faute de quoi le drain peut être attiré soit en avant, quand on enlève le pansement, soit par en bas, par un malade inattentif.

Nous insisterons une fois de plus sur ce fait important, que le curettage énergique, nous n'avons pas dit brutal, du sinus n'est pas suivi d'une réaction intense comme on pourrait le croire; jamais, sur un certain nombre d'opérations, pas plus pour le sinus frontal que pour le sinus maxillaire par la fosse canine, nous ne l'avons observé.

L'antisepsie, le drainage, de larges irrigations tièdes après le curettage mettent généralement à l'abri de ces complications.

Les irrigations doivent être faites avec l'eau bouillie, ou tout au plus le sublimé très étendu ; car on a pu observer avec l'usage d'antiseptiques un peu actifs des irritations douloureuses et prolongées de la conjonctive et de la muqueuse du naso-pharynx dont il importe d'être prévenu ; comme pansement, on préférera la gaze passée à l'étuve ; la gaze salolée en particulier, provoquant de temps en temps sur la peau des paupières des éruptions accompagnées de suintement et de démangeaisons extrêmement désagréables au malade et pouvant même n'être pas sans inconvénients pour le résultat opératoire.

Après l'opération, si le malade ne souffre pas, et si la température est satisfaisante, on attend plusieurs jours avant de lever le premier pansement ; on fait alors une irrigation douce et prudente par le drain avec l'eau bouillie ou boriquée ; si l'eau ressort claire, on n'insiste pas, on cesse l'injection, on replace le pansement.

Deux à trois jours après, même manière de faire ; et on espace de plus en plus ; si, au bout de douze à quinze jours, le tube ne donne pas passage à la suppuration, on le retire franchement.

Si le lavage entraîne du pus, il faut alors laver le sinus tous

les jours abondamment et ne retirer le drain que la suppuration une fois tarie, depuis plusieurs jours *au moins*.

Quand la suppuration menace de se prolonger, on peut essayer dans le sinus des injections modificatrices ; le malade penchant la tête sur le côté pour conserver le liquide le plus longtemps possible ; ces injections peuvent être répétées deux à trois fois par semaine.

Il est utile de tenir le nez dans un état de propreté aussi complet que possible, ce qu'on fera par des injections biquotidiennes à l'eau boriquée ou naphtolée faible, et même des insufflations médicamenteuses.

Il est nécessaire, avant de faire le lavage par le drain, de bien débarrasser les fosses nasales de leurs sécrétions, pour ne pas confondre avec ces dernières celles venant du sinus, et pratiquer des irrigations inutiles.

Si, au bout de quelques semaines, la suppuration n'est pas à peu près complètement tarie ou en voie d'amélioration notable, on conseillera au malade une deuxième intervention complétant la première, plutôt que de le soumettre pendant de longs mois à des irrigations dont le résultat est toujours incertain.

En résumé, pensons-nous, traitement sec et pas de lavages, s'il n'y a pas de suppuration ; laisser la fibro-muqueuse se reformer ; irrigations abondantes, tièdes, mais jamais avec des antiseptiques irritants, s'il existe encore de la suppuration ; injections modificatrices seulement quand les injections ne donnent pas de résultat sensible et rapide ; réintervention enfin comme dernière ressource quand ces moyens sont insuffisants pour arriver au but.

Après la guérison, tenir les fosses nasales dans un état de propreté, d'asepsie aussi parfait que faire ce peut.

II

UN CAS DE PAPILLOME CONFLUENT DES FOSSES NASALES

Par M. RIPAULT, interne des hôpitaux.

Le nommé Piz. Eug. 36 ans, se présente à la consultation de M. le Dr Gouguenheim, le 24 juin dernier, pour une obstruction de la narine droite.

Le début de l'affection remonte à 4 ans environ ; au dire du malade, il existait un petit bouton à l'entrée de la narine ; celui-ci fut écorché plusieurs fois, et c'est à la suite de ces grattages répétés que se serait développée la tumeur qui nous occupe. A l'inspection directe, en relevant légèrement le lobule, on trouve la narine absolument obstruée par une tumeur solide, d'un gris *rosé*, d'aspect mamelonné ; ferme au toucher, saignant facilement au contact du stylet qui la pénètre aisément ; par l'examen, on constate que cette tumeur framboisée est formée par un grand nombre de lobes isolés dont les uns (le plus grand nombre) s'insèrent sur la cloison, les autres sur le plancher, et sur toute la surface des téguments internes de l'aile du nez.

La tumeur est très médiocrement sensible, et ne détermine d'autre trouble fonctionnel que ceux inhérant à l'obstruction totale d'une narine ; celle-ci est de plus manifestement déformée ; pas d'épistaxis.

L'examen rhinoscopique de l'autre narine, l'examen de la gorge et du rhino-pharynx ne montrent rien d'anormal ; pas de papillômes, ni verrues en aucune région.

Aucun antécédent ; bonne santé générale.

Avec l'autorisation de M. le Dr Gouguenheim, nous enlevons avec la curette tranchante la tumeur qui se morcèle avec la plus grande facilité, en saignant assez abondamment ; nous râclons avec soin les points d'implantation de cette tumeur qui

s'insère sur tout le pourtour de l'ouverture de la narine jusqu'à une profondeur de deux centimètres environ, et même sur la tête du cornet inférieur, absolument normal d'ailleurs. Vu l'étendue de l'implantation, nous ne pratiquons pas de cautérisation ignée ; et nous nous bornons à des frictions assez énergiques avec une solution forte d'acide lactique. L'examen histologique a montré la structure du papillôme.

Jusqu'ici, pas trace de récidive.

Cette observation nous a semblé intéressante par la rareté des tumeurs de ce genre dans les fosses nasales, le volume considérable, et le siège de celle-ci tout à fait en avant, en plein vestibule, et non aux dépens de la muqueuse des cornets.

III

SYNDROME DE MÉNIÈRE GUÉRI PAR LA PILOCARPINE

Par **A. LEMARIEY**, interne des hôpitaux.

Plusieurs observations ont signalé l'heureuse influence de la pilocarpine sur l'évolution des vertiges, des bourdonnements et de la surdité liés aux affections de l'oreille interne. Le fait suivant n'ajoutera donc aucune donnée nouvelle. Si nous le faisons connaître malgré sa complexité, c'est que les cas semblables sont, en somme, assez rares, et qu'il concorde avec les faits publiés antérieurement, ce qui lui donne une signification plus nette.

Observation.— *Antécédents.*— Notre malade est un homme de 29 ans, employé de commerce, appartenant à une famille où les affections auriculaires ne sont pas inconnues : sa mère a eu, à droite, une perforation du tympan accompagnée de douleurs très vives ; à gauche des bourdonnements et des vertiges, qui durent encore et n'ont été accompagnés d'aucun écoulement d'oreille. Un de ses frères a eu une otorrhée à droite, datant de douze années et qui paraît tarie depuis deux ou trois ans.

D'aspect assez chétif, notre malade a le passé de ceux qu'on appelait, il y a quelques années encore, des scrofuleux : il a eu dans son enfance des « maux d'yeux, » et des écrouelles dont il porte la trace.

En 1885, à l'âge de 20 ans, il eut les oreillons ; et, à en juger, par quelques symptômes qu'il présenta vers cette époque, il pourrait bien avoir été atteint de pleurésie. Toujours est-il qu'il fut envoyé au bord de la mer avec le diagnostic d'anémie, fut soumis au traitement arsenical, et devint sujet, à partir de ce moment, à des douleurs siégeant dans le côté droit de la poitrine.

Depuis 12 années, son oreille gauche est le siège d'une otorrhée peu abondante, survenue brusquement, et dont la cause serait, d'après lui, un traumatisme (?) (il reçut une boule de neige sur l'oreille gauche) Jamais il n'éprouva de vertiges.

Les commémoratifs ne laissent supposer aucune infection syphilitique.

Il est très sujet aux coryzas, tousse un peu et expectore, surtout le matin, quelques crachats muqueux, grisâtres. Il mène une vie régulière, mange beaucoup, et malgré cela a beaucoup maigri depuis deux ou trois ans.

Si nous mettons en regard de ces antécédents et de ces symptômes de mauvais aloi, certains signes que nous révèle l'exploration de la poitrine (percussion douloureuse au sommet droit, s'accompagnant d'expiration prolongée et de tendance à la submatité), et l'augmentation des chlorures que nous indique le dosage de l'urine, nous nous croyons autorisé à admettre que notre malade est un tuberculeux au début.

Ici prend place l'épisode qui doit faire l'objet principal de cette observation.

Maladie actuelle. — Le 16 janvier 1895, vers le milieu de la journée, en quittant la table, et sans aucun prodrome, le malade fut subitement pris de vomissements, et rendit son déjeuner. Le vomissement était à peine terminé qu'il éprouva de violents vertiges, accompagnés de bourdonnements. Il voyait tous les objets qui l'entouraient animés d'un rapide mouvement de rotation dans le sens vertical, « absolument comme si on l'avait fait pirouetter, en le prenant par les pieds. » En même temps que ces symptômes se produisent, il devient sourd. Mais, fait capital, il ne perdit point connaissance.

Les jours suivants ces phénomènes persistent, quoique avec une intensité moindre, et gardent les mêmes caractères.

Les vertiges disparaissent quand le malade s'assied ou se couche, mais ils reviennent dès qu'il fait le moindre mouvement ou qu'il essaie de se lever. La présence de ces vertiges qui ne permettent ni la sortie au grand air, ni même la simple station à l'intérieur des appartements, et sont si violents que le malade tomberait s'il ne s'asseyait immédiatement, cette présence rend la vie insupportable au malade.

Les bourdonnements ressemblent au bruit d'une machine à vapeur, ils ne quittent pas le malade un seul instant.

Ces symptômes résistent au bromure de potassium, que prescrit un médecin, et amènent, six jours après leur début, le

malade à la clinique de MM. Lermoyez et Helme, où l'on constate l'état suivant.

Oreille gauche. La montre n'est entendue qu'au contact. Le Rinne est négatif. Le Weber latéralisé à gauche. La membrane du tympan est détruite en partie. Le marteau est horizontal. Le fond de la caisse est rempli de muco-pus.

Oreille droite. La montre est entendue à 35 centimètres. Le Rinne est positif. La membrane, un peu enfoncée, est opaque et dépolie. Le Siègle fait constater le ramollissement du quadrant postéro-supérieur et la complète immobilité du marteau. Ankylose des osselets.

Nez. A droite et à gauche, se rencontre un léger degré de rhinite chronique avec des traces de muco-pus.

Un Pharynx peu rouge ; la rhinoscopie postérieure montre de la pharyngite chronique supérieure.

Il s'agissait en résumé : à gauche d'une vieille otorrhée ; à droite d'une ankylose des osselets, accompagnée de troubles vertigineux. Les injections sous cutanées de pilocarpine furent conseillées.

Mais alors commença pour le malade, qui ne pouvait se soumettre chez lui à ce traitement coûteux, une longue semaine de pérégrinations à travers les hôpitaux. Il recueillit des ordonnances, entendit beaucoup de paroles d'encouragement, et.... revint à la clinique, toujours poursuivi par ses bourdonnements, toujours chancelant comme un homme ivre au bras de la personne qui l'accompagne, et n'entendant pas davantage. De la clinique il fut adressé à l'hôpital Beaujon, où il entra le 31 janvier, dans le service de M. Gombault, salle Louis, n° 6.

Le lendemain, 1er février, je commençai le traitement par la pilocarpine, suivant les indications de M. Lermoyez. Je fis usage d'une solution de 0 gr. 10 centigr. de nitrate de pilocarpine dans 10 gr. d'eau distillée. L'injection était faite chaque matin, à jeun. Le malade gardait le lit pendant l'injection et tant que durait la crise sudorale, c'est-à-dire environ deux heures. Je commençai par 0,004 milligr., et augmentai de 0,001 milligr. tous les deux jours.

Outre les effets ordinaires de toute prise de pilocarpine sur la sialorrhée, qui fut assez marquée, sur la sudation qui fut minime et sur la diurèse (en moyenne trois litres d'urine par jour), j'observai bientôt une amélioration réelle dans l'état du malade. Pendant les huit premiers jours de traitement les vertiges diminuèrent d'une façon très notable ; le malade pouvait

s'asseoir et même rester debout pendant un certain temps. Les bourdonnements s'améliorèrent parallèlement, et le malade déclara qu'il entendait mieux.

Le 10 février son état s'est tellement amélioré qu'il peut aller prendre l'air sur la terrasse. Cette prouesse lui valut, il est vrai, une attaque de vertige et de bourdonnements, pendant laquelle il faillit tomber. Mais ce jour-là et les jours suivants il put se passer d'aide et se promener dehors, en ayant soin de ne pas trop s'écarter des murs et de s'appuyer sur une canne.

Le 15 février, c'est-à-dire exactement 15 jours après le début du traitement, il va et vient dans la salle, et n'éprouve une ébauche de vertige que s'il tourne trop rapidement sur lui-même. En dehors des appartements, la tête lui tourne encore un peu de temps en temps ; mais il ne s'agit que de sensations vertigineuses très légères et extrêmement fugaces.

Les bourdonnements ont également à peu près disparu.

Le 17 février, je cesse toute injection.

L'état continue à s'améliorer.

Le 20 février, l'acuité auditive qui était, à droite, avant tout traitement, de 0,35 centimètres est montée à 1 mètre.

Je n'observai pendant le durée du traitement aucune influence désavantageuse sur le pouls, ni sur le cœur ; la température resta normale.

Le malade s'étant plaint d'une fétidité prononcée de son urine, je fis examiner cette urine en détail, par le pharmacien du service, M. Rousselet. L'examen ne révéla d'autre particularité qu'une réaction neutre et l'excès de chlorures (qui atteignaient, 17 gr. 50 dans les 24 heures).

Les dernières injections déterminèrent une légère douleur dans la cuisse, dont le malade se plaignait encore deux mois plus tard.

Il quitta l'hôpital le 2 mars, n'ayant plus trace de vertiges, ni de bourdonnements. L'acuité auditive était à droite de 0 m,75 centimètres, le Weber toujours latéralisé à gauche, et le Rinne positif à droite (25 secondes).

Depuis sa sortie je l'ai revu plusieurs fois, soit à Beaujon, soit à la clinique.

Le 8 mars, il nous apprit que, quatre jours auparavant, il avait eu de légers bourdonnements dans l'oreille droite, sans vertiges.

Le 11 mars, l'acuité auditive du côté droit n'avait pas baissé, les vertiges et les bourdonnements n'avaient pas reparu.

Son état était satisfaisant, lorsque, le 21 mars, il revint à la clinique, racontant que, la veille après le déjeûner, vers une heure, il fut repris tout à coup de vertiges, de bourdonnements et de nausées, en même temps que l'audition baissait. Les vertiges duraient de vingt à vingt-cinq minutes et n'empêchaient pas la marche. Le malade se plaignait en outre d'une sensation indéfinissable de vacuité dans la tête qu'il avait présentée à plusieurs reprises déjà, et sur laquelle il est revenu plusieurs fois avec insistance. Enfin il accusait de la douleur au niveau de l'apophyse mastoïde gauche. On reconnaît effectivement les symptômes d'une mastoïdite légère gauche, et le malade entre pour la deuxième fois à Beaujon. Des lavages à l'eau bouillie tiède sont pratiqués toutes les trois heures dans l'oreille gauche, et chaque lavage est suivi d'une instillation de glycérine phéniquée au vingtième. Le malade prend par jour de 0 gr. 75 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine, et garde le repos au lit. Pendant ce second séjour il ne présenta que des sensations vertigineuses légères et fugaces, et des bourdonnements assez persistants.

Le malade sortait au bout de huit jours sans bourdonnements ni vertiges.

Il n'éprouva aucun malaise jusqu'au commencement du mois de mai. Mais à cette époque, pendant un séjour de huit jours qu'il fit à Bruxelles, il fut pris à peu près tous les jours de violents vertiges. Ces vertiges revenaient à peu près à la même heure, c'est-à-dire de 4 à 5 heures du soir : il semblait au malade que « sa tête pesait cent kilos », et l'entraînait à droite. Il tombait effectivement et toujours du côté droit. Cette fois ci il perdait connaissance pendant une ou deux secondes, restait à terre immobile, et puis revenait à lui. Tout le reste de la journée, il était bien portant, allait et venait sans encombre. Dès qu'il ressentit les atteintes de son mal, il se remit au sulfate de quinine (0 gr. 50 centigrammes à 1 gramme par jour) et tout disparut en moins de huit jours.

Je l'ai revu pour la dernière fois le 12 juin. Depuis son retour de Bruxelles, il n'a eu ni vertiges, ni bourdonnements. L'audition est à droite, de $0^{m},90$ et la voix basse (chiffres) entendue à $3^{m},25$. Son état est satisfaisant.

En résumé, le malade dont il s'agit présente des lésions et des symptômes complexes ; mais un point paraît indiscutable,

c'est la disparition de la première attaque de vertiges sous l'influence des injections de pilocarpine. Nous voyons, en effet, l'état du malade s'améliorer légèrement dès que le traitement est institué ; l'amélioration s'accentue à mesure que la dose de pilocarpine augmente. Enfin tout symptôme disparaît, et le malade reste plus d'un mois sans présenter aucun trouble. Les deux atteintes qui survinrent dans la suite, et dont la guérison prouve l'efficacité du sulfate de quinine, ne me paraissent pas une raison suffisante pour nier l'efficacité de la pilocarpine ; elles prouvent simplement que l'action de cette substance était épuisée, ce qui se comprend sans peine puisque la dernière injection date du 16 février. Enfin le cas actuel rentre dans la règle ; la pilocarpine a réussi par ce qu'il s'agissait d'une affection récente.

IV

ÉLOGE DU PROFESSEUR MOOS

Par le Prof. A. POLITZER (de Vienne) (1).

Messieurs,

Peu de semaines se sont écoulées depuis que la mort a frappé l'un des fondateurs les plus éminents de la science otologique moderne, celui que nous étions habitués à voir toujours au premier rang de nos assemblées, dont nous n'avons cessé d'admirer les productions scientifiques si élevées, aux lèvres duquel nous étions comme suspendus, dès qu'il nous développait ses aperçus si lumineux et si instructifs, et dont l'esprit toujours jeune et vivace animait de sa brillante humeur toutes nos réunions.

Moos n'est plus. L'espoir de le revoir parmi nous, d'entendre encore le récit des découvertes nouvelles qu'il réservait pour chaque congrès, la mort cruelle nous l'a trop tôt et prématurément ravi, et il ne nous reste plus qu'à remplir envers sa mémoire le devoir suprême du témoignage à rendre à tous ses mérites et à ses hautes vertus.

C'est à moi, Messieurs, comme à l'un de ses plus anciens et intimes amis, que revient le triste honneur de vous retracer le tableau de sa vie, qui fut toute de travail, d'abnégation et de dévouement.

La vie du Prof. Moos est, en effet, le modèle parfait de toute une carrière de labeurs et d'efforts incessants, faits pour acquérir le maximum des connaissances scientifiques.

(1) Lu à la séance d'inauguration du Ve Congrès International d'otologie à Florence, le 23 septembre 1895.

Né en 1831 à Randegg (Duché de Bade), dans une condition plus que modeste, complètement deshérité des biens de la fortune, il a soutenu pendant sa jeunesse une lutte acharnée pour l'existence, et ce n'est que grâce à des privations sans nombre qu'il put, en 1856, conquérir brillamment le grade et le titre de docteur.

Son zèle infatigable et son enthousiasme ardent pour la science médicale lui valurent bientôt l'estime de ses pro fesseurs et le firent nommer, à peine promu, aux fonctions d'assistant du Prof. Hasse, à la clinique de médecine interne de l'Université de Heidelberg.

Il eut ainsi l'occasion d'acquérir des connaissances approfondies en pathologie interne, et, voué plus tard à la spécialité otologique, il rappelait souvent avec satisfaction tout ce dont il était redevable à cette période, qui l'avait préservé de ce spécialisme étroit que l'on rencontre avec tant de regret aujourd'hui chez un grand nombre des spécialistes.

En effet, nous trouvons dans tous ses travaux une intelligence supérieure de la corrélation de notre science spéciale avec les principes généraux de la médecine. C'est ce savoir approfondi qui donne une si haute valeur à tous ses ouvrages dans la partie clinique de l'otologie.

En 1859, Moos fut chargé de l'enseignement à l'Université de Heidelberg, où il s'acquit en peu de temps le renom d'un maître du plus grand mérite et d'un praticien éminent dans l'Allemagne du Sud.

C'est à partir de ce moment qu'il consacra tout le temps que lui laissait sa clientèle à des travaux exclusivement scientifiques.

Au début de sa carrière otologique il s'est surtout adonné à l'étude de la littérature spéciale, notamment à celle des ouvrages des otologistes anglais, qui ouvraient à cette époque de nouveaux horizons à notre science. Le résultat de ces études a été la traduction du traité des maladies de l'oreille de Toynbee, par laquelle il a été le premier à faire connaître au public médical allemand les publications du savant maître anglais.

Mais bientôt Moos acquit la conviction que si l'otologie doit

atteindre à la hauteur où déjà sont parvenues les autres branches de la médecine, c'est dans les recherches anatomiques, qu'elle doit en trouver surtout la base et le moyen, voie déjà indiquée par Toynbee et de Tröltsch, ses contemporains.

Les travaux de Moos embrassent une période de plus de 36 ans ; c'est ce labeur continuel, incessant, consacré à ses recherches de même qu'à ses mémoires, qui donne seul la clé et l'explication du grand nombre de ses publications. Il n'y a aucune branche de notre spécialité à laquelle il n'ait apporté sa contribution. L'anatomie, la physiologie et l'anatomie pathologique de l'organe auditif, la clinique, la bactériologie, les troubles cérébraux de l'ouïe, les névroses otopathiques, la partie opératoire, toutes ces branches de notre art ont été tour à tour l'objet de ses recherches.

Les publications du Prof. Moos ont, pour la plupart, paru dans la *Revue des maladies des yeux et des oreilles*, fondée par lui en 1869 en collaboration avec son ami le Prof. Knapp, et dans la *Revue des maladies de l'oreille* publiée par les deux mêmes auteurs depuis 1879. Celles qui sont antérieures à 1869 se trouvent dispersées dans divers recueils et revues. C'est en collaboration avec le Prof. Steinbrügge, son élève et son ami, qu'il publia une petite partie de ses travaux, ceux qui s'étendent de 1878 à 1885.

L'énumération détaillée des nombreux ouvrages de Moos nous conduirait trop loin. Je voudrais toutefois faire particulièrement ressortir ici ce fait capital, que les résultats de ses recherches ont essentiellement contribué à donner à l'otologie moderne son caractère scientifique. Nous n'avons qu'à rappeler entr'autres, à cet égard, ses publications principales sur l'invasion du labyrinthe par des microorganismes à la suite de maladies infectieuses.

Parmi ses travaux anatomiques, ce sont ses recherches sur les vaisseaux sanguins de la membrane du tympan, puis sur l'anatomie et la physiologie de la trompe d'Eustache, qui suffiraient à eux seuls à lui assurer une place importante dans l'histoire de la science.

Mais ce sont surtout ses recherches histo-pathologiques qui ont définitivement assis sa réputation.

Ces travaux révèlent toute la conscience et l'exactitude qu'il apportait dans ces recherches scientifiques et le soin avec lequel il a sans cesse cherché à pénétrer jusqu'au fond des choses. Cette tendance à tout approfondir, nous la retrouvons dans chacun des travaux de Moos ; partout il a pris à tâche de mettre d'accord les constatations anatomiques avec les phénomènes cliniques. Il ne s'en tient plus, comme au début, aux simples faits anatomiques, et plus il avance, plus il s'impose la nécessité de donner les faits anatomiques pour base aux phénomènes cliniques. Nous en trouvons un brillant exemple dans son traité sur les tumeurs du cerveau, dont la haute valeur pour le diagnostic des affections cérébrales est universellement reconnue même par les cliniciens purs.

L'examen attentif des travaux de Moos, au point de vue de la médecine interne, nous révèle ce fait remarquable, que les productions scientifiques de ses dernières années peuvent être placées sans contredit au rang de ses meilleurs ouvrages. Il suffit de citer ses recherches sur l'invasion des microorganismes dans le labyrinthe à la suite des maladies infectieuses. Il montre, avec une minutieuse clarté, l'influence destructive de cette invasion sur les parties membraneuses du labyrinthe, qui aboutit successivement à des suppurations, à des formations de tissu connectif, puis à des ossifications, quelque fois même à la nécrose des tissus.

C'est ainsi qu'il nous donne l'explication anatomique de la panotite, cause si fréquente de surdité complète dans les maladies infectieuses.

Les productions scientifiques de Moos apparaissent sous un jour plus admirable encore, quand on pense que depuis 25 ans il était frappé par la maladie. En 1871, à la suite des grandes fatigues endurées pendant les soins incessants donnés aux blessés, se manifestèrent les premiers symptômes d'une affection diabétique, qui mina de plus en plus sa santé au cours des années suivantes. A cette affection se joignirent des troubles de l'audition, qui ne firent que progresser pendant plus de vingt ans, et rendirent d'autant plus pénibles ses relations habituelles avec ses malades et ses élèves, et vinrent assombrir son humeur jusqu'alors si joviale.

Mais toutes ces souffrances physiques ne pouvaient fléchir l'activité intellectuelle de Moos ; son amour ardent pour la science le poussait à se frayer de nouvelles voies, à entreprendre de nouvelles recherches. C'est ainsi qu'à un âge déjà avancé nous le voyons courir à Berlin pour acquérir, dans le laboratoire de Koch, les connaissances nécessaires à la bactériologie, dont il pressent la haute importance pour la science otologique moderne.

Malgré l'aggravation de son état maladif, Moos manqua rarement nos congrès otologigues. Il sentait vivement le besoin de s'instruire de temps en temps par un échange personnel d'idées avec des confrères et des amis.

Nous l'avons vu aux congrès de Milan, de Bâle, de Berlin, et l'année dernière encore à Rome. Sa présence à cette dernière réunion, sa conférence à la section otologique nous apparaissent comme le dernier effort de son infatigable esprit pour combattre son affaiblissement physique. Notre vive sollicitude pour sa santé nous permit de constater la décadence par trop visible de ses forces.

De retour dans ses foyers après le congrès, Moos entreprend un nouveau travail considérable, interrompu par une pneumonie compliquée qui le mit à deux doigts de la mort. A la grande joie de sa famille et de ses amis il se rétablit de cette grave affection, et s'en remit si promptement qu'il put reprendre sa tâche interrompue. Toutefois, dans le courant de l'hiver, il fut atteint d'une toux suspecte, précurseur trop certain de la phtisie tuberculeuse, à laquelle il finit par succomber le 15 juillet dernier, après une longue et douloureuse agonie, pleuré par sa fidèle compagne, qu'il avait aimée par dessus tout et avec laquelle il avait vécu trente cinq ans d'une union des plus intimes et des plus heureuses, vivement regretté de tous ses amis ainsi que de ses nombreux admirateurs. Son dernier ouvrage, *Des lésions de l'organe auditif dans leur rapport avec la médecine légale*, terminé seulement aux deux tiers, ne nous reste malheureusement plus qu'à titre de fragment.

Avec Moos disparait un homme éminent, chez lequel une science profonde et un grand talent créateur étaient harmo-

nieusement joints aux plus précieuses qualités du caractère et du cœur.

Infatigable dans ses recherches, consciencieux et prudent dans l'interprétation des constatations anatomopathologiques et des observations cliniques, exerçant une critique sévère à l'endroit de ses propres travaux, il saluait avec empressement les ouvrages et les découvertes d'autrui, et encourageait, par des communications sans réserve, les efforts de confrères plus jeunes et moins avancés.

Son amour de la vérité, sa fidélité dans ses affections, sa manière d'être, modeste et douce, lui avaient gagné un large cercle d'amis dévoués, qui lui sont restés attachés jusqu'à la mort. Il était particulièrement lié avec le professeur Knapp de New-York, et je m'estime heureux d'avoir été, depuis le début de notre carrière commune, en relations constantes d'amitié et de communication scientifique avec lui.

Moos avait le cœur bon, tendre et compatissant. Simple dans sa manière de vivre, très économe pour sa propre personne, il exerçait en secret la bienfaisance et la charité. Sa disposition constante à venir sans cesse et gratuitement en aide aux malades pauvres était universellement connue.

Malgré toutes ses préoccupations scientifiques, il avait une nature gaie et ouverte, qui rendait sa société agréable et intéressante par les saillies de son « humour » et de son esprit, dont on put encore saisir et admirer de temps en temps quelques éclats au cours du dernier congrès de Rome. Mais ici déjà une certaine teinte de mélancolie s'étendait sur toute sa personne, que déjà l'aile de la mort avait effleurée.

Au cours de sa carrière, M. Moos a été l'objet de maintes distinctions honorifiques, tant de la part du Gouvernement Badois que du corps des Professeurs de l'Université de Heidelberg. Il n'entrait pas dans son caractère de rechercher les marques d'honneur et les distinctions ; mais il était sincèrement heureux de voir apprécier la valeur de ses travaux.

Moos n'est plus, mais tout ce qu'une vie entière de travail et de labeur incessant a pu créer est acquis pour jamais à la science et assure à son auteur un immortel renom. En honorant sa mémoire, nous remplissons un devoir de reconnais-

sance envers celui qui nous a quittés pour toujours. Et cette reconnaissance, nous la lui devons pour le riche et précieux trésor de connaissances qu'il lègue à la science otologique, de même que pour le magnifique exemple qu'il nous donna par son ardeur infatigable au travail et son zèle enthousiaste pour notre spécialité en particulier.

Il restera ainsi pour la génération future un brillant et entraînant modèle, vraiment digne du renom qu'il s'est vaillamment conquis dans le domaine si ardu de notre art et de notre science.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 18 avril 1895.

Présidence de M. Félix Semon.

Cresswell Baber. — **Papillome du nez.** — Homme de 36 ans qui, en avril et octobre 1894, a déjà subi deux fois l'ablation de tumeurs de la narine gauche dont l'examen microscopique a montré la nature papillomateuse. Le 7 mars la narine gauche est encore obstruée par une tumeur grosse comme une mûre, proéminant en arrière dans le vestibule et implantée par une large base sur le plancher nasal et la cloison. Pas de ganglions, pas de syphilis. Le tissu enlevé pour l'examen microscopique est dur et adhérent aux régions saines dont quelques fragments sont détachés en même temps. L'examen n'y révèle qu'une hyperplasie sans cellules malignes. Le malade avait la mauvaise habitude de se mettre les doigts dans le nez, c'est probablement ainsi qu'il s'est inoculé. Quel est le traitement ?

Butlin conseille l'excision et la destruction du pédicule avec le galvano-cautère.

Ball. — **Lupus de la gorge et du nez** chez une jeune fille de 14 ans ; tout l'intérêt de ce cas est dans le bon résultat obtenu par le grattage des ulcérations et l'administration de l'arsenic et de l'huile de foie de morue.

C. Symonds demande si on a donné l'extrait thyroïdien, il en a vu de bons résultats.

Ball a trouvé que la malade allait suffisamment bien sans cela.

Ball montre une jeune fille portant une déformation du nez rappelant celles que produisent la syphilis, mais dont l'origine traumatique est nettement établie, M. Kutney propose de l'opérer.

KUYVET GORDON. — **Coupe d'un cornet porteur d'un polype.** — L'auteur pense qu'on n'a pas encore vu nettement les altérations de la carie osseuse et l'infiltration marquée d'ostéoblastes.

HILL répond que ce spécimen est exactement semblable à celui décrit par Woakes.

SYMONDS demande en quoi ce spécimen diffère de l'os normal, il voit bien quelques altérations sur le bord de la préparation mais non dans l'os.

SPICER dit que, cliniquement, c'est un polype ordinaire ; en doit-on conclure que ces tumeurs s'accompagnent de résorption de l'os ?

GORDON pense que cette coupe représente le stade précoce du *clivage* de Woakes et que la présence des ostéoblastes et de l'infiltration cellulaire lui fait porter le diagnostic de carie.

Il montre ensuite des préparations provenant d'un grattage de l'antre maxillaire dans un cas d'empyème Il y a prolifération si marquée des glandes de la muqueuse et de l'épithélium qu'on peut qualifier cette tumeur d'adénome.

DUNDAS GRANT. — **Empyème de l'antre d'Highmore** guéri au moyen du trocart de Krause; un autre *cas compliqué de suppuration probable du sinus.* L'empyème a été diagnostiqué au moyen de la transillumination et du trocart de Lichtwitz. Le traitement avec le trocart de Krause a été institué, mais malgré la perforation de l'alvéole la sécrétion purulente prit une abondance anormale. On remarqua que quelques minutes après le lavage complet de l'antre le pus reparaissait abondant. La ponction de l'ethmoïde avec le trocart d'Hartmann ne donna aucun résultat. Le malade a refusé de laisser pratiquer l'ouverture du sinus frontal gauche. Il montre encore trois autres cas dont un avec suppuration du sinus frontal traités à l'aide du trocart de Krause avec succès.

Dans un cas de **laryngite tuberculeuse** montré dans une des précédentes séances, l'ulcération était localisée sur la corde vocale droite et entièrement remplie de fines granulations sur lesquelles une fine pointe de galvano-cautère fut appliquée. Depuis lors, la malade a demeuré à Jersey, elle était très améliorée,on a trouvé quelques rares bacilles venus du poumon.Depuis les granulations ont repullulé et il s'est produit une petite ulcération longitudinale sur la corde gauche. Les applications journalières d'acide lactique ont amélioré l'état local et les symptômes laryngiens.

LE PRÉSIDENT répond à la demande qu'on lui a faite que ses

cas d'empyème traités par les méthodes simples ont duré trois à quatre mois. Une lettre du Brady relative à une malade venue d'Australie donne deux mois.

HALL pense qu'il faut tenir compte de l'influence de l'air marin.

SYMONDS suppose que les bons effets dans ce cas sont dùs au drainage. Il ne peut affirmer que le drainage à travers les parties molles soit supérieur à l'alvéolaire.

BALL pense que le succès du procédé de Krause dépend surtout du pansement employé, soit les poudres, insufflées une fois par semaine soit le lavage journalier.

LAW demande si l'europhène est supérieur à l'iodoforme.

GRANT répond qu'il préfère passer par les parties molles lors que le malade a de belles dents. Beaucoup de cas restent stationnaires après l'ouverture de l'alvéole, un a été beaucoup mieux après la fermeture de l'alvéole. Il est possible que l'infection se fasse par l'ouverture. Il faudrait alterner le traitement. On ne peut dire si l'europhène est supérieur à l'iodoforme mais il a une odeur moins désagréable.

HAVILLAND HALL montre un cas de **mycosis fongoïde** survenu depuis deux ans chez un homme de 52 ans. Il se plaignait d'oppres sion et de douleur dans la gorge, mais la parole n'a jamais été entravée. Sur les parties postérieure et latérale du pharynx on voit de petites tumeurs ovales et sur le cartilage aryténoïde gauche une autre, du volume d'une noisette, dont la surface est légèrement ulcérée. Il pense que c'est le premier cas connu.

LE PRÉSIDENT propose qu'on insère une figure de ce cas unique dans le bulletin de la société ; le Dr Wagget est chargé de la dessiner.

WILLIAM HILL. — **Polype du nez associé à de la suppuration des sinus frontaux ethmoïdaux et maxillaires.** — Homme de 34 ans chez lequel, il y a 15 ans, on avait enlevé des polypes du nez. Le malade présenta une abondante suppuration et bientôt la narine gauche est obstruée par de nouveaux polypes. On les enlève, on voit du pus suintant de l'extrémité antérieure ducor— net moyen qui était augmenté de volume et gonflé. On enlève cet os et immédiatement sort une grande quantité de pus, ce qui donne au malade un moment de répit. On aperçoit maintenant des granulations et de l'ostéite dans le voisinage des cellules ethmoïdales. Le sinus frontal gauche est douloureuxà la pression, la peau qui le recouvre est rouge et par moments bouffie. Le sinus maxillaire gauche est obscur à la transillumination.

Le D[r] Hill pense que l'ablation du cornet moyen ne pouvait servir à rien dans ce cas, le pus venant de l'ethmoïde. Il est prêt à ouvrir le sinus frontal par une incision verticale et l'antre par la fosse canine et compte montrer le malade un peu plus tard.

Hill montre un cas **d'épithéliome du pharynx** pour lequel M. Pepper propose la pharyngotomie

Hunt montre des pièces microscopiques de papillomes multiples du pharynx que d'abord on avait pris pour un sarcome.

Le Président demande si quelqu'un des membres a déjà vu ainsi l'ordre renversé et le papillome suivre le sarcome.

Butlin n'a jamais vu cette inversion.

Hunt fait observer que le papillome était un peu au-dess u des anciennes cicatrices.

Percy Kidd. — **Sténose du larynx dû à une tumeur de la corde vocale gauche** (déjà présenté à la séance de janvier 1895). — La tumeur fut enlevée avec la pince coupante de Mackenzie après trachéotomie préalable. Le malade est très soulagé. L'examen microscopique révéla un papillome bien net avec légère infiltration de petites cellules dans la muqueuse mais aucune apparence de tubercule.

Au mois de mars l'état général du malade devient mauvais, il maigrit, s'affaiblit,est pris de fièvre intermittente et de gêne respiratoire.

L'examen laryngoscopique dénote un léger épaississement des deux cartilages aryténoïdes avec légère ulcération à droite. L'examen de la poitrine et l'examen bactériologique ne donnent pas de résultats positifs, cependant on a trouvé une ou deux fois des bacilles dans les crachats. Pas de signes physiques de tuberculose des sommets. L'épiglotte est épaissie du côté droit. Les deux cartilages aryténoïdes sont le siège d'une tuméfaction très pâle et la face supérieure droite du larynx est couverte d'une ulcération sanieuse. Les deux cordes vocales sont pâles et irrégulièrement épaissies. Sur l'extrémité postérieure de la corde vocale gauche s'élève une petite végétation rouge. Les cordes vocales immobiles, très rapprochées, causent une sténose considérable de la glotte.

Scanes Spicer montre un cas **d'empyème de l'antre d'Highmore** et est félicité par le Président sur l'état du malade qui, depuis 15 jours qu'il est opéré, a gagné 11 livres. Ce résultat est très flatteur pour les membres de la société.

Le Président montre un cas de **volumineux et dur papillome** qui a produit une échancrure dans la corde vocale du côté

opposé. La dyspnée était telle qu'on dut pratiquer la trachéotomie. L'examen ayant révélé le caractère bénin de la maladie, la tumeur qui était implantée sur le côté gauche du larynx fut enlevée.

SYMONDS demande si la corde vocale opposée était atrophiée ou érodée.

LE PRÉSIDENT répond que l'ablation de la tumeur est trop récente pour qu'on puisse se prononcer, mais qu'il est possible qu'il y ait eu atrophie de la corde vocale.

SYMONDS. — **Suppuration du sinus frontal.** — Le malade était atteint, depuis novembre 1892, d'un fort écoulement nasal. Pendant six ans il a été traité pour nécrose de l'ethmoïde sans résultat. Puis l'écoulement nasal qui était monolatéral devint bilatéral, l'ablation du cornet moyen donna un peu de soulagement, en décembre 1894 on diagnostique le pus dans les sinus ethmoïdaux ou frontaux, peut-être dans les deux, et au mois de janvier la suppuration devenait manifeste sur la ligne médiane du front. Incision au milieu de la zone fluctuante qui laissa échapper une grande quantité de pus, large incision du sinus frontal. La suppuration cessa et on put facilement passer une sonde courbe dans le nez et y fixer un drain, puis plus tard un petit tube. Le sinus fut lavé chaque jour antiseptiquement. Trois mois après l'écoulement était seulement muqueux et le tube n'était laissé en place que par précaution.

Le meilleur endroit pour inciser est celui que cherche naturellement le pus pour se frayer une voie juste à gauche de la ligne médiane et à un centimètre au-dessus du niveau des sourcils. On peut, par cette voie, passer facilement un drain dans les narines et le maintenir au moyen d'un bord saillant qu'on dissimule avec un emplâtre. Ce procédé est supérieur à celui de l'ouverture au niveau de l'angle interne de l'œil, par laquelle le drain pénètre moins facilement dans le nez. Lorsque les deux côtés sont envahis, l'ouverture sur la ligne médiane est encore préférable.

L. A. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Compte rendu par le Dr Edm. Meyer

Séance du 26 avril 1895.

Kuttner présente une malade qui est atteinte depuis dix à douze jours d'un **coup de froid**. Depuis 24 heures elle ne peut avaler aucun aliment solide. Les liquides reviennent par le nez. Les muqueuses sont anémiées. Le voile du palais et les muscles de la paroi pharyngée postérieure sont paralysés, mais la sensibilité est conservée. La moitié gauche du larynx est immobile, et la corde vocale du même côté est fixée dans la position cadavérique. Pendant trois jours la malade fut dans l'impossibilité de rien avaler, le quatrième jour elle put prendre un peu de liquide, et au bout de sept jours, elle put revenir aux aliments solides, le seizième jour la déglutition était redevenue tout à fait normale. La motilité du larynx revint lentement; d'abord on observa de légers mouvements de tension, puis la corde vocale atteignit la ligne médiane et revint à la position cadavérique. Cet état persiste encore. On croit qu'il s'agissait d'une *névrite due à l'influenza*. K. a vu trois cas de guérison de paralysies récurrentielles dans les quelles ont vit d'abord de légers mouvements des cordes vocales, puis d'abduction et d'adduction jusqu'à la position cadavérique, et enfin le fonctionnement intégral du crico-aryténoïdien postérieur.

Rosenberg a vu guérir deux cas de paralysie récurrentielle.

P. Heymann montre : 1° une coupe de **cancer laryngien** qui, en l'espace de six mois,s'étendit des replis aryépiglottiques au pharynx, et détruisit la base de la langue. — 2° Une femme de 71 ans atteinte d'une lordose de la colonne cervicale, dans laquelle les apophyses épineuses des troisième et quatrième vertèbres cervicales semblaient manquer.

Aronsohn (Ems). — **Sur les corps étrangers des voies aériennes supérieures.** — 1° Malade qui a avalé depuis longtemps un fragment d'os et souffre d'un violent catarrhe gauche accompagné d'une sécrétion muco-purulente souvent fétide. On l'adresse

à Ems où, à la suite d'une gymnastique pulmonaire d'inhalations, il expectore le corps étranger.

2° Jeune femme de 25 ans qui, depuis 3 ans, crache du muco-pus parfois sanguinolent. On ne trouve rien du côté des poumons ; après l'expectoration d'un fragment calcaire enclavé vraisemblablement sous la glotte, les douleurs cessèrent.

3° Aspiration d'une épingle.

4° Déchirure de la face antérieure de l'épiglotte à la suite de l'ingestion d'une arête. On l'enleva avec un fil de soie et la gêne disparut.

B. FRAENKEL dit que les concrétions calcaires se forment souvent dans les poumons, même sans corps étranger.

LUBLINSKI. — **Paralysies des voies aériennes supérieures dans les maladies infectieuses.** — L. a observé six cas de paralysies laryngées consécutivement au *typhus*, deux cas concernaient des hommes et quatre des femmes. L'âge oscillait entre 16 et 39 ans. Les premiers symptômes se manifestaient le plus fréquemment après la défervescence, mais chez un malade se montrèrent seulement pendant la quatrième semaine. Un cas avait pour origine une pleuropneumonie. Les lésions matérielles des nerfs sont rares. Lorsque l'on rencontre des paralysies du voile du palais, du nerf cubital et de la paraplégie, il faut conclure qu'il s'agit d'une névrite périphérique ou d'une polymyélite. Dans les cas bénins, la guérison est spontanée, parfois il se produit seulement une amélioration. L. a vu deux morts, mais non à la suite de la paralysie, une par une bronchopneumonie et l'autre par une fièvre typhoïde grave. Les paralysies bilatérales postérieures sont les plus dangereuses. Au cours du typhus, L. a observé deux fois une paralysie des abducteurs, trois fois une paralysie d'un des récurrents, et une fois des deux récurrents. On fit la trachéotomie dans les premiers cas. Au point de vue du diagnostic différentiel on hésita entre une périchondrite du cricoïde et une ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne.

L. a observé peu après le traitement sérothérapique de la diphthérie des paralysies simultanées d'accommodation des cordes vocales, des muscles de l'œil et des extrémités inférieures. Il semble à l'auteur que le nombre des paralysies consécutives à la sérothérapie ait augmenté depuis le début de l'application de la méthode.

On rencontre aussi des paralysies des cordes dans l'*influenza*. L. soigna une paralysie postérieure gauche qui guérit en quatre semaines.

Séance du 25 mai 1895.

Edm. Meyer présente un cas de **tuberculose de la voûte palatine.**

Flatau. — Enfant de 3 ans, porteur de végétations adénoïdes et d'hyperplasie tonsillaire, semble avoir un papillôme à l'extrémité de la luette hypertrophiée. A l'examen microscopique on trouva du tissu adénoïde typique.

Couturière, âgée de 33 ans, ressentit tout à coup de vives douleurs dans le maxillaire supérieur. Lors de l'opération on trouva deux foyers purulents dans la cavité alvéolaire et au-dessus de l'orbite, tandis que l'autre était presque libre. L'éclairage par transparence avait échoué dans ce cas.

B. Fraenkel. — I. Homme de 58 ans, ayant dans le méat nasal une **tumeur** en forme de bouton qui augmenta rapidement, mais ne saigna jamais spontanément. Par le toucher avec la sonde, la tumeur qui était insérée sur l'aile du nez commença à saigner. Au microscope on reconnut du tissu cicatriciel avec énormément de vaisseaux sanguins hypertrophiés. La tumeur était recouverte d'épithélium pavimenteux.

II. **Corps étranger** ayant séjourné plusieurs années dans le méat inférieur gauche, et qui semble osseux. Il consiste en un noyau mou recouvert d'une enveloppe dure.

Schoetz demande s'il ne s'agissait pas d'une dent.

A. Rosenberg, comme complément à la communication antérieure de Schadewaldt, présente un malade atteint depuis longtemps d'un anévrisme aortique chez lequel, au bout de longtemps, survinrent des accidents de **paralysie récurrentielle.**

Alexander présente un cas de **polype nasal hémorrhagique.**

Kuttner rapporte une observation de **polype de la cloison** de la dimension d'un noyau de cerise qui n'a jamais saigné et qui, au microscope, avait l'aspect décrit par Fränkel. Il a aussi vu trois tumeurs granuleuses de l'extrémité du nez qui ne saignèrent jamais non plus. Il pense que le nom de polype hémorrhagique de la cloison est très peu approprié.

Séance du 28 juin 1895.

Kirstein présente une **lampe frontale électrique** destinée à la rhinoscopie.

Berliner montre des **reproduction en plâtre colorié** de diverses affections laryngées.

P. Heymann parle des bandes des cordes vocales qui sont toujours parallèles à leur bord et peuvent aussi être sectionnées. Du côté du processus vocal elles offrent une disposition particulière.

Benda fait voir des préparations qu'il a obtenues en faisant macérer dans une solution d'acide acétique à 5 °/₀ l'épithélium arraché aux cordes vocales. On voit les bandes en partie parallèles, en partie recourbées et presque de niveau en avant et en arrière. On remarque du côté du processus vocal une disposition en forme d'étoile.

Les bandes sont peut-être destinées à rendre l'épithélium plus résistant aux déviations mécaniques.

Les singes n'ont pas de bandes, les chiens en ont de faibles indices et les nouveau nés n'ont pas de bandes.

Grabower espère que l'étude exacte des bandes conduira à des conclusions sur les modifications pathologiques, et surtout sur le cancer.

B. Fraenkel réclame la priorité. Chaque partie de la corde vocale est caractérisée par la disposition des bandes. La formation du tissu cicatriciel et l'épaississement épithélial est une modification particulière à la pachydermie. Les cônes du carcinôme épithélial sont nuisibles aux bandes, on remarque la formation de cônes atypiques.

P. Heymann concède à Fränkel l'entière priorité.

Benda croit que la méthode de macération ne peut pas être employée pour le carcinôme et la pachydermie.

B. Fraenkel. — **La nomenclature anatomique en rhinolaryngologie.**

F. communique la nomenclature adoptée par la Société Anatomique.

Après une délibération de Flatau, Kuttner, Heymann et Thorner, la Société adopte la nomenclature proposée.

Séance du 26 juillet 1895.

Steinau présente un malade auquel James Israel a fait la **rhinoplastie pour un lupus.** Comme les os du front avaient été utilisés une première fois sans résultat, Israel emprunta au tibia un fragment osseux de 6 cm. de long qui assura une guérison complète.

Edm. Meyer montre une préparation **d'empyème d'une grosse bulle osseuse ethmoïdale.**

P. Heymann fait voir des **reproductions en plâtre de préparations nasales** exécutées par le Dr Beetz Heilbronn.

B. Fraenkel a opéré un **polype de la corde vocale** droite gros comme une noisette qui fut reconnu au microscope pour un myxôme. Il montre la tumeur et la coupe.

Siegel (Britz). — **Sur les aphtes.** — Les aphtes sont une affection de tout le tube digestif à partir de la bouche et qui s'attaque plus parti culièrement à la partie descendante du gros intestin, du foie et des reins. Assez souvent on voit sur la peau un exanthème qui tient le milieu entre la rougeole et la scarlatine. Comme la maladie intéresse fréquemment la bouche, elle est particulièrement intéressante pour les laryngologistes. La bouche est rouge et œdématiée. Les parties les plus atteintes sont la luette, le voile du palais et les gencives qui présentent l'aspect du scorbut. La langue est très tuméfiée, son épaisseur atteint 2 à 3 cm On trouve des bulles avec ulcération consécutives dans toute la bouche, dans le pharynx et sur l'épiglotte. Les gencives sont fréquemment tuméfiées, et la muqueuse buccale en desquamation. Les symptômes généraux sont, la plupart du temps, le vertige, la fatigue et l'obstruction. D'après les observations cliniques et une grande quantité de coupes. S. croit avoir trouvé un bacille spécifique siégeant dans les fèces et dans les organes internes, dans les reins particulièrement.

A la fin de sa communication, S. présente quelques malades et des préparations microscopiques de cultures provenant des reins.

Edm. Meyer présente deux cas de la même affection.

1° Enfant porteur d'une maladie très étendue de toute la muqueuse buccale, faible et atteint d'obstruction. L'adminis-

tration interne de chlorure de chaux guérit rapidement le malade, mais la faiblesse persiste pendant longtemps.

2° Jeune fille de 21 ans. Vives douleurs buccales qui entravent totalement l'alimentation. Fatigue extraordinaire. Ecoulements fétides. Epaississement de la langue qui est ulcérée sur les bords, il en est de même pour les lèvres et la voûte palatine postérieure gauche. Les gencives sont très gonflées, ulcérées et recouvertes d'une membrane fibrineuse des plus minces. Dans les deux cas Siegel trouva le bacille dans les fèces.

Rosenthal montre un anévrisme gros comme un grain de café siégeant à la racine de l'arc palato-pharyngien, dont les pulsations cessaient sous la pression carotidienne. Il croit que ces anévrisme pourraient avoir une valeur pratique dans les amygdalotomies.

B. Fraenkel a observé assez fréquemment sur la paroi pharyngée postérieure des vaisseaux puslatiles de l'épaisseur d'une plume de corbeau. Dans le cas de Rosenthal on avait affaire à un anévrisme accompagné de puesations anormales, les anévrismes n'ont rien à voir avec la tonsillotomie, mais ils apparaissent parfois à la place des amygdales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Compte-rendu, par le Dr J. E. Newcomb, secrétaire.

Séance du 22 mai 1895.

Président : Dr Bryson Delavan

W. F. Chappell. — **Xérostomie ou bouche sèche.** — L'auteur présente une femme de 46 ans, née en Danemark. Ses antécédents sont nuls, à part le fait que sa mère a souffert d'épilepsie. Jusqu'à sa maladie actuelle, son histoire n'offre rien d'intéressant. Elle jouissait d'une parfaite santé jusqu'il y a cinq ans,

époque à laquelle elle commença à ressentir une sensation de sécheresse dans les yeux et le nez, qui était surtout prononcée au moment de ses règles et qui décroissait dans l'intervalle. Graduellement la sécheresse s'accrut et s'étendit à la bouche, à la langue, au pharynx et à la trachée. Elle remarqua aussi qu'elle urinait plus fréquemment. Les glandes parotidiennes se tuméfièrent et se tendirent. Environ une année après le début de ces accidents ses dents commencèrent à branler et durent être extraites.

Lorsque la malade vint me consulter en mai 1894, je la trouvais dans un état très nerveux, voisin de l'hystérie. La muqueuse de la bouche, de la langue et du pharynx était rouge et sèche. Elle désirait constamment boire et se rincer la bouche. Dans le bas de l'espace aryténoïdien on voyait une petite tache blanche qui paraissait être une ulcération superficielle. Les glandes parotidiennes étaient fortement hypertrophiées, de même que les glandes du cou. Le canal de Sténon était ouvert. La température ne dépassait que légèrement la normale, atteignant 99 à 100 degrés Fahrenheit. La mastication était difficile et ne provoquait jamais une salivation abondante. Le goût était notablement altéré. Son urine augmenta en quantité, elle présentait peu de gravité spécifique et contenait une très petite quantité d'urée ; il n'y avait ni albumine, ni sucre.

Il y deux mois environ la malade eut une légère attaque d'hémiplégie, dont elle n'est pas encore remise. La sécheresse dont elle se plaint n'a pas été modifiée par le traitement qui a consisté principalement en toniques nerveux et en pilocarpine.

Jusqu'à présent, on a rapporté vingt-deux cas de cette affection. Le nom de xérostomie lui a été conféré par un des premiers auteurs, car on supposait à cette époque que la sécheresse de la bouche était l'unique symptôme de la maladie. On croit maintenant en général que l'affection est due à quelques modifications du système nerveux central. Frazer a recueilli 19 cas, dans un seul desquels les glandes parotidiennes se tuméfièrent. Dans la plupart des cas il existait de la sécheresse du nez et de la conjonctive, de même que chez la malade dont je viens de communiquer l'observation.

Beverley Robinson. — J'ai vu il y a environ six mois un cas qui présentait quelque analogie avec celui du D[r] Chappell. La malade était une femme d'âge moyen, habitant New-Jersey. Elle souffrait parfois de maux de tête névralgiques, et était considérée en général comme une goutteuse. Elle se plaignit à moi

d'une sécheresse prononcée de toute la cavité buccale, plus marquée toutefois à droite qu'à gauche, qui était accompagnée d'un certain degré de douleur ou d'irritation du palais. Elle avait été traitée sans aucun succès par tous les remèdes connus. Entre autres médicaments, j'essayai de doses modérées et répétées de chlorate de potasse, administrées à l'intérieur, mais avec un résultat négatif. Pour atténuer ses souffrances, la malade a l'habitude de s'introduire un corps étranger dans la bouche, et la nuit elle place un petit rond de papier goudronné sur son palais afin d'empêcher le contact avec la langue. Elle obtint une légère amélioration par l'application locale de trois parties d'huile d'olive et une partie d'huile de wintergreen. Il n'existait pas d'hypertrophie parotidienne. L'urine, examinée à plusieurs reprises, fut toujours trouvée normale.

Richardson. — J'ai observé il y a environ trois ans un cas qui présentait les mêmes symptômes généraux que celui du Dr Chappell. La malade était âgée de 60 ans. Elle s'aperçut de la diminution de sa sécrétion salivaire lorsqu'elle ne put plus gommer ses timbres postes. Son urine augmenta et ses dents s'ébranlèrent au cours de la maladie. Lorsque je la vis, en 1892, la muqueuse nasale et buccale était pâle, atrophiée et sèche, et elle se plaignait de ne plus pouvoir humecter ses aliments. Divers traitement furent employés sans succès, entre autres la pilocarpine et l'électricité. La malade avait aussi une conjonctivite suraiguë. Les glandes parotidiennes n'étaient nullement gonflées.

C. C. Rice. — Je n'ai jamais vu de cas de ce genre. Je serais heureux de connaître les relations existant entre la sécheresse généralisée des voies respiratoires supérieures et la lésion des glandes salivaires. Comme il est assez fréquent de rencontrer le pharynx sec, dans les cas de pharyngite sèche, j'ai été impressionné par ce genre de cas qui sont très rares. Il est probable que la modification des glandes salivaires précède la sécheresse des piliers du pharynx dans cette sécheresse de la bouche. S'il en est ainsi, quelle est la pathologie de ces modifications glandulaires ? Elle doit être tuberculeuse ou syphilitique.

A. H. Smith. — Je désirerais connaître un cas du genre de ceux qui ont été communiqués dans lequel on aurait extirpé les glandes et fait l'examen histologique. Il existait également de la sécheresse du conduit alimentaire produisant la constipation.

CHAPPELL. — Autant que je puis le savoir, on n'a jamais pratiqué l'examen microscopique pour reconnaître la nature de l'hypertrophie glandulaire dans ces cas. La malade que j'ai présentée souffrait d'une constipation opiniâtre. La sécheresse de la bouche est apparue quatre ans avant la tuméfaction parotidienne. On la traita pendant quelque temps par l'iodure de potassium à la dose de cinq drachmes par jour, sans que les glandes en retirâssent nul bénéfice.

T. J. HARRIS. — **Sarcôme nasal. Opération. Guérison.** — Ce malade est âgé de 36 ans, je le vis pour la première fois en juillet 1894, époque à laquelle il se plaignait de la présence d'une tumeur dans le nez et d'épistaxis violentes et fréquentes qui l'anémiaient notablement. Ces accidents avaient deux ans de date lorsqu'il vint me trouver. La fosse nasale gauche était complètement obstruée et la tumeur projetée vers le bas donnait lieu à un écoulement constant.

Après avoir tenté d'extraire la tumeur au moyen du serre-nœud après cocaïnisation, on fit l'anesthésie par l'éther et on pratiqua l'opération de Boeckel. La tumeur était attachée à l'ethmoïde, et en la touchant on provoqua une hémorrhagie profuse, telle que l'on crut que le malade allait succomber sur la table d'opération. La tumeur fut arrachée avec le doigt aussi rapidement que possible ; elle avait à peu près la taille d'un œuf de poule de bonne dimension. La cavité fut ensuite bourrée de gaze iodoformée. Le malade guérit rapidement et quitta l'hôpital au bout de dix jours. A l'examen microscopique on reconnut un sarcôme à petites cellules rondes. L'opération a été faite en juillet 1894 et jusqu'aujourd'hui il n'y a pas apparence de récidive.

HARRIS. — **Laryngite tuberculeuse. Guérison.** — Cette femme est âgée de 68 ans ; quand je la vis pour la première fois, il y a environ un an, elle se plaignait d'une grande difficulté à la déglutition. En examinant le larynx je trouvais que les cordes vraies et fausses n'étaient pas atteintes, mais que les cartilages aryténoïdes avaient la forme en poire et présentaient une apparence tuberculeuse très caractéristique ; il existait des ulcérations dans la région des replis ary-épiglottiques et du sinus pyriforme des deux côtés. On émit un pronostic désespéré, et le traitement ne fut entrepris que sur les vives instances de la malade. On employa d'abord le curettage suivi d'une application d'acide lactique, mais sans aucun résultat. Le même insuccès suivit l'emploi de l'iodoforme et d'une solution de nitrate d'argent. On eut alors recours de nouveau au curettage et à

l'application d'ichthyol pur, et l'on obtint un résultat favorable immédiat. Il survint un certain nombre de récidives, mais depuis le 1er novembre dernier, les ulcérations n'ont pas reparu. Je regrette que les crachats n'aient jamais été examinés au point de vue des bacilles tuberculeux, mais, de l'avis d'un laryngologiste très compétent qui fut appelé en consultation, le caractère tuberculeux de l'affection était indubitable. La malade jouit à présent d'une excellente santé, et ne ressent plus aucune gêne à la déglutition.

Harris. — **Un cas d'adénôme nasal.** — J'espérais vous présenter le malade, mais il ne peut quitter son lit. C'est un homme de 78 ans que je soigne depuis 18 mois. Il avait été traité pendant environ deux ans pour des tumeurs nasales que l'on supposa être des myxômes et qui, obstruant complètement les deux narines, entravaient la respiration malade. J'enlevai les tumeurs à l'anse froide et je curettai leurs pédicules. Elles provenaient de l'ethmoïde. Au bout d'un mois, survint une récidive partielle, puis plus rien durant une année. Au microscope on reconnut que la tumeur était un adénome à forme mixte. En novembre dernier il y eut une nouvelle récidive dans la fosse nasale gauche, qui causa de la douleur et de l'exophtalmie du même côté, et depuis lors le malade s'est affaibli graduellement mais il ne peut être question d'une opération radicale, vu son âge. Le Dr Wright a eu récemment l'obligeance d'examiner une parcelle de tissu excisé, et, d'accord avec l'examen microscopique antérieur, il a reconnu que la tumeur était un adénôme, peut-être mixte.

Bosworth dit dans son livre que ce genre de tumeurs siège rarement dans le nez, et il n'en rapporte que deux cas. Je reviendrai plus longuement sur cette observation dans une autre occasion.

J. Wright. — Le cas de sarcôme à petites cellules rondes du Dr Harris m'a vivement intéressé. Je crois que dans les cas de ce genre le diagnostic ne peut être considéré comme certain que lorsque l'on a expérimenté les iodures. D'après ce que je sais, il est impossible d'établir un diagnostic positif de sarcôme à petites cellules rondes seulement d'après le microscope, et il faut toujours songer à la syphilis possible.

J'ai été privilégié en examinant le fragment d'adénôme nasal extirpé par le Dr Harris, car il était très remarquable. Il avait la dimension d'une noisette anglaise et consistait presque totalement en circonvolutions et involutions d'épithélium glandulaire

C'était presque un adénome pur, bien que çà et là existassent de petites cellules rondes éparpillées, et quelques cellules fuselées qui n'étaient probablement que du tissu conjonctif de nouvelle formation. Cette forme de tumeur est une des raretés exceptionnelles du nez. On l'a rencontrée un certain nombre de fois dans le larynx, et par hasard sur d'autres parties du corps. On la rattache à l'épithélioma, mais elle évolue très lentement et son ablation radicale assure fréquemment une longue période d'immunité.

J. W. Gleitsmann. — Je ne doute pas que le diagnostic de laryngite tuberculeuse porté dans le second cas du Dr Harris ne fût exact, mais il aurait été plus certain s'il avait été accompagné de l'examen bactériologique. Je ne vois pas trace, actuellement, de tuberculose dans le larynx. Avant d'opérer des cas de cette nature, je fais toujours pratiquer l'examen microscopique, qui, dans toutes mes observations, a révélé la présence du bacille tuberculeux.

Au point de vue de la valeur de l'ichthyol dans ces cas, je crois qu'il faut le ranger au nombre des remèdes qui semblent devoir guérir la laryngite tuberculeuse. Divers médicaments peuvent être employés dans des cas différents, et pour réussir nous devons considérer séparément chaque malade et le traiter en conséquence.

Chappell. — Je suis d'accord avec le Dr Gleitsmann quant à l'importance de l'examen bactériologique des crachats dans les cas de cette nature. Dans une de mes observations, le malade était porteur d'une ulcération de l'épiglotte que l'on supposait tuberculeuse. On examina sa poitrine qui fut trouvée normale, et la recherche des bacilles dans les crachats effectuée à plusieurs reprises donna un résultat négatif. Je suis convaincu maintenant que malgré son apparence la lésion n'était pas tuberculeuse.

T. P. Berens. — L'ichthyol m'a toujours réussi dans les cas de laryngite tuberculeuse. Il semble être presque un spécifique en guérissant les ulcérations laryngiennes tuberculeuses ou syphilitiques.

Robinson. — Comme j'observe constamment des cas de phtisie pulmonaire sans envahissement évident du larynx, je ne puis citer qu'un très petit nombre d'observations recueillies soit dans ma clientèle, soit à l'hôpital, ou même à l'amphithéâtre, dans lesquels l'affection laryngée a dégénéré en ulcération et où il n'existait pas de traces certaines de la même maladie dans les poumons.

Delavan. — Personne ne doute que la laryngite tuberculeuse avancée ne soit sûrement associée à l'envahissement pulmonaire, et probablement tout le monde acceptera que le mot *cure* dans ce genre de cas ne doit être accepté que dans un sens relatif. On pourra, par hasard, guérir la tuberculose générale, par la simple extraction du tissu laryngé malade. Ce que l'on doit faire, et ce que l'on fait avec un succès croissant dans la laryngite tuberculeuse, c'est d'améliorer les symptômes douloureux, de tenir l'affection en expectative, et de mettre le malade en état de guérir si ses lésions pulmonaires le permettent. En accomplissant ceci, la médecine a fait un grand pas, et il faut souhaiter qu'elle aille encore plus loin.

J. E. H. Nichols. — **Accidents syphilitiques. Opération de Rouge. Restauration du nez.** — Cette jeune fille est âgée de 19 ans ; elle contracta innocemment la syphilis il y a sept ans en jouant avec la pipe d'un vieux syphilitique. Quand je la vis pour la première fois il y a quatre ans, les symptômes tertiaires étaient apparus. Elle avait une périostite syphilitique du maxillaire supérieur avec un abcès que j'ouvris et curettai. Il existait une destruction graduelle des cornets et de la cloison, ainsi que de la voûte palatine, et finalement du processus alvéolaire du maxillaire supérieur. Pour corriger cette déformation, on pratiqua l'opération de Rouge Plus tard la charpente du nez se brisa et le nez s'affaissa et devint fort laid. Je tentai, il y a deux mois, de corriger la difformité en insérant une armature en or et le résultat esthétique a été des plus satisfaisant.

F. E. Hopkins a vu la malade avant l'opération et sa difformité était une des plus hideuses que l'on put voir. Son aspect actuel est amélioré d'une façon surprenante.

C. C. Rice. — **Importance de l'administration de l'iodure de potassium dans les cas d'affection laryngée de diagnostic douteux.** — Par notre expérience clinique, nous avons pu apprécier combien faible est le pourcentage des cas offrant l'apparence clinique typique décrite dans les livres. On ne peut dénier que malgré tous les moyens dont nous disposons aujourd'hui pour nous aider dans notre diagnostic, il existe dans le larynx une série de conditions pathologiques avec lesquelles il est impossible de déterminer positivement, au moins pendant un certain temps, la nature exacte de la maladie. En première ligne il faut mentionner la tuberculose, qui est souvent difficile à diagnostiquer jusqu'à l'apparition des bacilles. Dans de nombreux cas, et plus fréquemment que nous ne le supposons, il y a coexistence

de la tuberculose et de la syphilis. Le diagnostic est difficile aussi dans toutes les affections laryngiennes arrivées à l'ulcération et qui peuvent produire du tissu granuleux. Les lésions de chordite tubéreuse ou nodules des chanteurs, sont souvent confondues avec l'épaississement syphilitique. Nous avons observé souvent des modifications des cordes vocales dans les simples processus catarrhaux dans lesquels nous sommes tentés d'employer les iodures ; il en est de même dans les trachômes granuleux. Dans un de mes cas, on reconnut la nature syphilitique d'un papillôme laryngien, en ce qu'il disparut rapidement par l'administration d'iodure de potassium.

Les lésions syphilitiques du larynx sont souvent d'une nature obscure, et la difficulté du diagnostic augmente lorsqu'on ne trouve pas d'histoire corroborante ou d'autres signes de la maladie. Quand nous avons quelque doute sur le caractère d'une lésion, nous devons essayer de l'iodure avant d'exclure la syphilis. Nous devons, dans cet ordre d'idées, faire attention que certains cas de nature non spécifique bénéficient du traitement ioduré, surtout si le remède est employé à petites doses, et que même des néoplasmes malins peuvent s'améliorer temporairement par son emploi.

Delavan. — On doit faire attention avant de porter le diagnostic d'affection maligne, il faudra attendre que la maladie soit assez avancée et pour voir les effets de l'iodure de potassium. On ne devra pas perdre de vue que le médicament produit une amélioration temporaire dans les affections malignes, et masque pendant un certain temps leur nature véritable.

Robinson. — Quoique dans de nombreux cas douteux de maladies du larynx l'iodure de potassium exerce une action bienfaisante, il est certain aussi que dans quelques cas de laryngites présentant un certain degré de sténose et de dyspnée, bien que nous n'employions qu'avec circonspection l'iodure de potassium, nous avons vu des effets désastreux. La dyspnée augmentait et l'inflammation s'aggravait. De plus, il est possible que parfois l'iodure de potassium augmente l'inflammation de la gorge et du larynx qui est d'origine rhumatismale ou goutteuse douteuse.

R. C. Myles. — Les modifications de structure de la gorge produites par la syphilis sont bien plus rarement observées en Amérique qu'à l'étranger. Je crois que cela est dû à l'emploi plus généralisé ici de l'iodure de potassium. J'ai vu, dans nombre de cas, le médicament amener une guérison rapide de sténoses syphilitiques prononcées du larynx. Le Dr Rice clot la discussion.

ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

DIX-SEPTIÈME CONGRÈS TENU A ROCHESTES[1]

Président : D[r] JOHN O'ROE.

Le président John O'Roe,de Rochester,commence par montrer les avantages de ces réunions au point de vue scientifique et confraternel. Il signale comme principaux progrès récents de la laryngologie l'antitoxine diphthéritique et le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée.

L'humidité et les affections naso-pharyngées. — ROE étudie l'influence de l'humidité sur les maladies de la gorge. Il regarde également cette influence comme un facteur puissant de tuberculose. L'habitude de plus en plus répandue en Amérique de dormir les fenêtres ouvertes lui paraît la cause principale de la fréquence extraordinaire du catarrhe naso-pharyngé.

Corps thyroïde desséché dans le goître. — FLETCHER INGALS (de Chicago), insiste sur les avantages de cette préparation qui permet un dosage exact et évite les accidents, palpitations, céphalées fréquentes avec le corps thyroïde donné en nature. On débute par 0gr,15 centigrammes par jour, pour atteindre au plus 0gr,50 centigrammes. Il a obtenu de bons effets dans le myxœdème et le goître exophtalmique.

Dans la discussion Shurly (de Détroit), signale des troubles laryngés anciens, absence de tension des cordes vocales, voix sifflotante, survenus après une thyroïdectomie totale. Le traitement thyroïdien améliora beaucoup ces troubles.

CASSELBERRY (de Chicago), a obtenu une amélioration dans un cas de goître exophtalmique. Il croit les chances de succès d'autant plus grandes que les malades sont plus jeunes.

INGALS insiste sur le rôle de l'eau filtrée ou distillée comme moyen prophylactique du goître.

Electrolyse comme traitement des éperons de la cloison. — CASSELBERRY a employé ce traitement (méthode bipolaire, aiguilles en platine coudées, courant de haute tension et de faible intensité : 15 à 40 milli-ampères) dans des cas d'épines de la cloison. Les épines purement cartilagineuses sont détruites en quelques minutes. Le courant doit être surveillé pour ne pas produire de

(1) D'après le *N.-Y. Med. Record*, 20 juillet 1895).

perforation. Les épines osseuses ne sont pas modifiées. Les épines à la fois cartilagineuses et osseuses ne sont réduites qu'en partie. L'électrolyse est sans utilité dans les déviations.

Dans la discussion, NEWCOMB (de New-York), insiste sur l'inutilité de l'électrolyse dans les épines osseuses et les déviations.

DALY (de Pittsburg), préfère la tréphine et les procédés chirurgicaux à l'électrolyse qui n'est, somme toute, qu'une cautérisation aveugle.

SHURLY, plus sévère encore, dit qu'autant vaudrait amputer une jambe au nitrate d'argent que de détruire une épine par la cautérisation.

J. WRIGHT (de Brooklyn), défend l'électrolyse chez les tuberculeux, les malades affaiblis qui supporteraient mal le choc et l'hémorrhagie d'une opération.

INGALS emploie souvent dans les épines très antérieures la pointe fine du galvanocautère.

J. LOWMAN (de Cleveland), utilise souvent l'électrolyse.

B. TRASHER (de Cincinnati), demande si la méthode bipolaire est moins douloureuse que l'unipolaire.

CASSELBERRY répond affirmativement.

Amygdalites aiguës rhumatismales. — G. HOPE (de New-York), ne croit guère à cette variété d'amygdalites. Il indique vivement le traitement soit par le salicylate de soude, soit par le gaïac si souvent prescrit en vertu d'une simple hypothèse de l'origine rhumatismale ou goutteuse de l'affection.

Lipôme du larynx. — FARLOW (de New-York), rapporte deux cas de lipôme du larynx l'un chez un enfant de deux ans, l'autre chez un homme de 66 ans. L'ablation au serre-nœud fut facile et sans hémorrhagie. Chez le second malade une récidive fut détruite à l'anse galvanique. Dans cette seconde opération on put nettement constater que le lipôme s'implantait sur le cartilage aryténoïde. Guérison durable.

Ablation des amygdales. — FARLOW discute les divers instruments employés pour cette ablation et montre l'importance de la consistance, du volume, du siège inférieur ou très supérieur de l'hypertrophie.

BOSWORTH oppose également deux formes d'hypertrophie, les amygdales, très saillantes, les amygdales très adhérentes étalées entre les piliers, auxquelles ce procédé ne convient pas.

INGALS a remarqué que l'hémorrhagie était plus fréquente chez les enfants dont les amygdales n'étaient pas très grosses. La cocaïne n'anesthésie pas et fait saigner.

Seiler (de Philadelphie), conseille un amygdalotome dont le grand diamètre de la guillotine soit transversal et non vertical.

Daly croit que beaucoup d'amygdalotomies sont très incomplètes et très mal faites. Il a eu avec l'amygdalotome plusieurs hémorrhagies abondantes.

Casselberry conseille, en raison de l'hémorrhagie, de ne jamais opérer, même chez l'enfant, sans avoir un galvano-cautère à sa disposition.

Shurly recherche à l'avance si l'amygdale est plus ou moins vasculaire (aspect, coloration). L'ignipuncture à condition d'enfoncer le cautère, non pas dans les cryptes, mais diagonalement entre elles, lui a donné de bons résultats.

Mélancolie guérie par une opération nasale. — Bosworth (de New-York). Chez un hypocondriaque qui avait subi, sans grand soulagement de ses douleurs variées, la série d'opérations suivantes, ablation de varicocèle, uréthrotomie, castration, circoncision, ligature de l'artère honteuse interne, ablation d'hémorrhoïdes, cautérisation rachidienne, ténotomie des muscles de l'œil, énucléation d'un œil, Bosworth trouva une oblitération complète de la narine droite par une déviation de la cloison, une hypertrophie avec myxômes du cornet moyen. La suppression de cette oblitération ramena le malade à la santé. Il faut avouer qu'il le méritait bien après tant de confiance dans la chirurgie.

Ethmoïdite suppurée. — Bosworth rapporte un fait d'ethmoïdite suppurée suivie d'invasion du sinus sphénoïdal, d'abcès du cerveau et de mort. Il insiste sur la gravité possible de l'ethmoïdite même légère.

Suppuration des sinus. — J. Bryan (de Washington), rapporte : 1° un cas d'abcès du sinus maxillaire droit par carie dentaire ; 2° une ethmoïdite suppurée avec carie des cellules ethmoïdales antérieures ; 3° un abcès du sinus frontal, suite de polypes du nez et de rhinite hypertrophique ; 4° un abcès des sinus frontaux, ethmoïdaux et maxillaires, avec carie des cellules fronto-ethmoïdales. Il insiste sur le rôle prépondérant de la grippe dans l'étiologie.

Wright déconseille les opérations trop pressées.

Ingals, dans la sphénoïdite, conseille d'aborder le sinus par sa paroi inférieure plutôt que par sa paroi antérieure.

Gleitsmann insiste sur la friabilité de la paroi antérieure dans les cas chroniques, friabilité qui facilite l'opération.

DALY n'hésite pas à inciser l'aile du nez pour mieux aborder le sinus sphénoïdal.

MULHALL montre que les complications cérébrales sont plus à craindre dans l'ethmoïdite que dans la sphénoïdite.

Règles générales en chirurgie nasale. — SIMPSON estime que la chirurgie nasale est entrée dans une voie d'interventions exagérées. Rien n'est rare comme deux fosses nasales absolument symétriques. L'ablation d'hypertrophies de cornets peut avoir pour suite des atrophies ultérieures, la destruction de la membrane muqueuse cause des infections assez fréquentes. Il est toujours sage d'essayer les traitements médicaux.

MULHALL croit que l'emploi du galvano-cautère diminue beaucoup les dangers d'infection. Pour calmer la cuisson produite par la chaleur radiante, il se sert avec succès d'une solution saturée de bicarbonate de soude.

WRIGHT recommande de ne pas faire de cautérisations trop profondes et trop étendues.

Angine de Ludwig. — NEWCOMB (de New-York), montre que cette angine n'est qu'une variété de phlegmon infectieux grave. L'incision précoce, l'antisepsie ultérieure rigoureuse sont le seul traitement.

SWAIN pense que l'inflammation peritonsillaire de la base de la langue peut donner lieu à des accidents analogues à ceux de l'angine de Ludwig.

Tuberculose des voies aériennes supérieures. — JONATHAN WRIGHT étudie spécialement le rôle protecteur de la phagocytose et des épithéliums, le rôle des infections nasales dans les méningites tuberculeuses de l'enfance.

RICE montre la rareté de la tuberculose nasale. Peut-être pourtant des lésions légères sont-elles souvent méconnues. Toute ulcération chronique du nez chez un tuberculeux doit être très suspecte, surtout si elle résiste à l'iodure.

La tuberculose du pharynx est, d'après lui, presque exclusivement associée aux formes granuliques aiguës. Pour le larynx, si le diagnostic est en général facile, il n'est, dans certaines formes, possible qu'avec l'aide du traitement iodure d'épreuve et du microscope. L'anémie palato-pharyngée constitue un des principaux signes du début. Les papillomes à récidives sont souvent associés à la tuberculose. Les formes mixtes, syphilis et tuberculose ne sont pas très rares.

SHURLY (de Detroit), signale entre autres moyens de traitement local les solutions de formiate de soude, l'iodoforme. Le gavage lui

a réussi en cas de déglutition douloureuse. L'alcool est souvent nuisible et irritant. Dans les formes désespérées il conseille la morphine à hautes doses.

GLEITSMANN (de New-York), étudie le rôle du curettage dans la tuberculose laryngée.

Il admet les indications suivantes : 1° tuberculose laryngée primitive sans autres lésions ; 2° laryngite avec lésions pulmonaires peu intenses ou enrayées ; 3° ulcérations et infiltrations particulièrement circonscrites ; 4° gonflement dur de la région aryténoïdienne, de la bande ventriculaire, de la paroi postérieure de l'épiglotte ; tumeurs tuberculeuses ; 5° gêne de la déglutition produite par l'infiltration de l'aryténoïde même en cas de phtisie avancée.

Comme contre-indications il signale : 1° la phtisie avancée ; 2° les lésions disséminées du larynx ne laissant entre elles que peu de tissu sain ; 3° l'infiltration profonde produisant la sténose ; en ce cas la trachéotomie est préférable.

Le curettage réussit mieux dans le cas d'infiltrations bien définies que dans le cas d'infiltrations diffuses, mieux dans les infiltrations en général que dans les œdèmes.

Après le curettage, un repos absolu est nécessaire. Des attouchements quotidiens avec l'acide lactique ou la solution de pyoctanine à 1 ou 2 °/₀ donnent de bons résultats.

MORRIS MURRAY emploie surtout l'acide lactique, rarement la curette.

INGALS préfère le traitement topique qui lui a donné bien plus de guérisons que le traitement opératoire. Il emploie beaucoup un mélange de tannin, d'acide phénique et de morphine. La douleur est assez vive, mais très courte.

DALY a obtenu des guérisons par le régime, les inhalations, l'iodoforme et la créosote à hautes doses.

WRIGHT est sceptique sur les résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose laryngée, quelle que soit la méthode. Bien peu de cas lui semblent justiciables du curettage.

SHURLY, au lieu d'employer comme Ingals un mélange de tannin, d'acide phénique et de morphine, mélange en général assez grave, emploie ces trois agents séparément. Il n'a dans le curettage qu'une confiance très modérée.

Nécrose du cornet moyen. — A. B. TRASHER (de Cincinnati), rapporte deux cas de cette affection assez rare guéris par l'intervention opératoire. Il conseille de se défier des cautérisations au voisinage des cellules éthmoïdales. Il rapporte également un fait de sténose osseuse congénitale des narines.

LANGMAID (de Boston), a observé également trois cas de sténose congénitale. Après l'opération, il faut souvent assez longtemps pour que la respiration nasale s'établisse.

INGALS pense que beaucoup de cas de végétations adénoïdes sont associés à une sténose des fosses nasales postérieures, sténose qui est facilement méconnue.

Papillômes de la cloison. — J. WRIGHT (de Brooklyn), rapporte plusieurs faits de papillômes nés de la cloison et de kystes du naso-pharynx.

NEWCOMB a pu enlever sans hémorrhagie avec le serre nœud un kyste du naso-pharynx, chez un jeune homme de vingt ans.

LANGMAID, dans un cas où le serre-nœud n'avait pas prise, a réussi par l'arrachement. Pas d'hémorrhagie.

Troubles vaso moteurs et affections naso-pharyngées. — DALY, (de Pittsburg), insiste sur le rôle de l'anémie et de la congestion vaso-motrice dans les affections naso-pharyngées.

MULHALL signale l'efficacité du traitement hygiénique,de l'atropine et de la liqueur de Fowler dans ces troubles vaso-moteurs.

Mauvais effets des cigarettes. — MULHALL croit que ces effets sont plutôt généraux (tabagine) que locaux. Chez un condamné à mort qui, depuis très longtemps et jusqu'au dernier jour, fumait quarante cigarettes par jour, il n'y avait pas trace d'irritation locale sur les organes respiratoires examinés aussitôt après l'exécution.

INGALS croit, au contraire, au rôle local de la cigarette dans certaines toux laryngées.

Les communications suivantes n'ont pu, faute de temps, être faites autrement que par leurs titres.

H. ALLEN (de Philadelphie). — **Corps étrangers de l'œsophage.**

BRYSON DELAVAN (de New-York). — **Affections rhino-pharyngées et troubles du langage.**

C. KNIGHT (de New-York). — **Kystes du sinus maxillaire.**

R BROWN (de Chicago). — **Pemphigus du pharynx et du larynx.**

W. PORTER (de Saint-Louis). — **Mouvements compensateurs des aryténoïdes.**

Le congrès procède ensuite à l'élection de membres actifs : M. Boylan, de Cincinnati, (travail présenté sur l'herpès chronique du pharynx),Hopkins,de New-York (travail sur l'œdème laryngé), Th. Hubbard, de Toledo (travail sur la laryngite aiguë), H. Nichols (travail sur l'origine intra-nasale de certaines migraines).

Le prochain congrès aura lieu à Pittsburg. Sont élus : *président*,

W. DALY (Pittsburg) ; *vice-présidents* : J. WRIGHT (Brooklyn) ; A. W. DE ROALDÈS (New-Orléans) ; *secrétaire-trésorier* : SWAIN (de New-Hawers) ; *bibliothécaire* : H. BRYAN (Washington).

A. F. PLICQUE.

BIBLIOGRAPHIE

Des végétations adénoïdes. Leur traitement. Résultats post-opératoires, par Mme MAGNUS (Thèse de doctorat, Paris 1895).

Le développement des végétations reconnaît pour causes les inflammations répétées du naso-pharynx, l'influence de certaines maladies infectieuses, enfin la sténose nasale.

L'auteur fait ressortir ensuite le retentissement de l'affection sur les principaux appareils, et le développement général. L'opération doit être pratiquée toujours sous anesthésie au bromure d'éthyle, le patient étant couché, à l'aide de l'anneau de Schmidt, et être suivie de lavages boriqués.

Les avantages considérables de l'intervention sont mis en évidence par les tableaux de croissance post-opératoires portant sur la taille, le poids, le périmètre thoracique, envisagés avant et après l'opération.

L'amélioration est rapide, mais surtout bien apparente au bout de quelques semaines ; peu de cas échappent à cette règle.

L'oreille n'échappe point au bénéfice de l'intervention ; seules les lésions auriculaires graves et anciennes ne permettent guère d'espérer de guérison absolue, mais une amélioration notable seulement.

H. RIPAULT.

Traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles, par STAMATIADÈS (Thèse de doctorat, Paris 1895).

Certains procédés sont à rejeter : l'électrolyse, comme trop lente, et pouvant donner un coup de fouet au mal ; l'arrachement, comme un procédé aveugle, exposant à des hémorrhagies vio-

lentes, voir même à la méningite. Le procédé de choix est la ligature à froid ou à chaud, en morcelant la tumeur, si trop volumineuse ; ceci s'applique aux tumeurs limitées, susceptibles d'être bien et complètement saisies ; pour les tumeurs diffuses, ayant envahi les régions voisines, on donnera la préférence au procédé de Chassaignac, renversant le nez sur le côté, ou à celui d'Ollier, le rabattant de haut en bas.

Ces grandes opérations exposent plus aux hémorrhagies que l'emploi de l'anse suivie de tamponnement au besoin ; les récidives sont également fort bien combattues en agissant par les voies naturelles, à l'aide de la curette, ou d'applications répétées du galvano-cautère ; ces procédés lents permettent même de mieux surveiller la marche du mal (Nélaton) ; enfin, dernier avantage, l'anesthésie locale remplace l'anesthésie générale ; la seule difficulté de l'intervention directe peut être, dans les cas où elle est indiquée, d'atteindre suffisamment le point d'attache de la tumeur.

Quand une opération chirurgicale est nécessaire, la voie nasale doit être préférée à la voie palatine, comme donnant plus de jour à l'opérateur, et n'exposant pas à des pertes de substance auxquelles il faut s'attaquer plus tard. H. RIPAULT.

Le lavage du naso-pharynx. Ses indications, par PISSOT (Thèse de doctorat, Paris 1895).

L'auteur rappelle d'abord l'utilité des lavages à l'aide du siphon de Weber dans l'ozène, le coryza caséeux, les rhinites purulentes ; il prévient dans une certaine mesure les abcès péripharyngiens, d'origine lymphangitique.

Au cours des *fièvres éruptives*, le lavage prévient les infections secondaires, toujours si graves : otites et bubons de la scarlatine, la néphrite elle-même (Guinon) ; otites et rhinites purulentes de la rougeole ; otites de la variole, otites et même orchites (Burlureaux) des oreillons. La fièvre typhoïde a souvent pour complication des otites moyennes dont le point de départ ordinaire est le naso-pharynx (Netter), ce qui s'explique par la richesse de tissu lymphoïde de la région ; l'oreille est aussi très exposée dans la diphthérie, mono et surtout poly-microbienne, qui a une si grande prédilection pour le nez et le naso-pharynx ; dans ces maladies, comme aussi dans la pneumonie, le lavage est tout indiqué. Les larges irrigations boriquées, répétées deux à trois fois par jour, constitueront un balayage fort utile des produits

[illegible] les [illegible] ... [illegible] 1556 [illegible]

[illegible]

Des corps étrangers de l'oreille, par M. [illegible]. Thèse de Strasbourg, [illegible].

Cet ouvrage ne contient aucune donnée nouvelle, mais l'auteur a réuni une statistique assez vaste qu'il publie sous forme de tableaux ; [illegible] corps étrangers chez 112 412 individus souffrant des oreilles. De plus, à la clinique de Strasbourg 154 cas sur [illegible] patients. Ce dernier tableau contient des renseignements sur la nature du corps étranger, le traitement appliqué, etc. L'auteur insiste sur les corps étrangers qui pénètrent par la trompe d'Eustache, tels que l'eau, les grains de tabac à priser, des fragments de sondes en gomme, des épis de graminées, des lombrics qui peuvent sortir par le conduit auditif externe. Les divers modes d'extraction sont passés en revue, enfin l'intervention sanglante par la séparation du pavillon de l'oreille ; là encore il n'y a rien de nouveau à noter. M. N. W.

ANALYSES

I. — *OREILLE*

Recherches sur l'état de l'organe de l'ouïe chez les enfants à l'école, par le Dr [illegible], de Minden. (*Arch. f. Ohrenheilk*, Bd 39, Hft. 1, mai 1895.)

Après avoir passé en revue et discuté les divers modes d'investigation de l'oreille (montre, diapason, voix haute ou murmurée, etc.), l'auteur indique les résultats que lui a donné l'examen de 3[illegible] écoliers. Sur ce nombre 7[illegible], soit 20,9 %, présentaient une ouïe défectueuse. Sur ce chiffre, 23, c'est-à-dire

31 $^0/_0$, avaient du catarrhe naso-pharyngien, de l'hypertrophie des cornets ou des amygdales; 6 (8 $^0/_0$), des bouchons cérumineux; 9 (12 $^0/_0$), des lésions de l'oreille moyenne; 28 (39 $^0/_0$), n'avaient pas de cause évidente; enfin 8 (11 $^0/_0$) furent notés comme douteux. M. LS.

Otite externe et phlegmon mastoïdien dans le cours d'une dysenterie aiguë, par MATHIAS et GRASSER. (*Archiv. de méd. milit.*, 1895, n° 6.)

Aux dix-septième jour d'une dysenterie aiguë survint un phlegmon de l'apophyse mastoïde. On décela dans le pus l'existence du colibacille. Les auteurs admettent que ce microbe a pu, dans ce cas, émigrer hors de l'intestin et produire une suppuration localisée à distance. M. LERMOYEZ.

Otite externe diffuse par injections phéniquées, par M. LEDERMAN. (*New-York med. journal*, 18 mai 1895.)

Observation d'otite externe double très grave due à des injections phéniquées très fortes faites sur avis extramédical d'ailleurs, pour une simple démangeaison du conduit auditif dépendant d'un peu d'eczéma. Troubles oculaires, conjonctivite, urines vert olive, œdème étendu jusqu'à l'orbite. Le traitement parvint a éviter l'atrésie du conduit et l'affaiblissement de l'ouïe (lavages avec la solution de Labarraque, politzérisation.)

A. F. PLICQUE.

Un procédé simple pour le traitement mécanique de certaines otites moyennes chroniques non suppuratives (massage du tympan et de ses annexes) par HAUG (*Deutsch. med. Woch.*, 1895).

Le traitement mécanique par la pression et la décompression de l'air, par le massage oscillatoire ou simple, a fait ses preuves depuis longtemps, mais ce traitement demande à être poursuivi régulièrement et souvent pendant longtemps, d'où la nécessité de mettre à la disposition du patient un appareil assez simple pour qu'il puisse se soigner seul, efficacement et sans danger; c'est cet appareil, utilisé par plus de 300 malades dans l'espace de six ans, que l'auteur décrit. Il consiste en un tube de caoutchouc de cinquante centimètres, à parois épaisses et dures, muni à une extrémité d'un embout en bois qui s'adapte

à un entonnoir auriculaire ordinaire, mais garni à son bout d'un petit tube en caoutchouc de manière à pouvoir se fixer au méat hermétiquement ; l'autre extrémité du grand tuyau porte une petite olive creuse, par laquelle le patient aspire lui-même l'air et le refoule ensuite. Il faut bien faire comprendre que l'aspiration doit toujours être lente et douce jusqu'à provoquer une sensation de forte aspiration du tympan, mais jamais la moindre sensation douloureuse ; le refoulement de l'air sera court et faible ; après 10 à 20 mouvements successifs on termine par une aspiration. En observant ces règles, ce qui est facile pour un malade d'intelligence quelconque, on n'a aucun accident à craindre. Lorsque le tympan n'est le siège d'aucune sensation pendant l'aspiration, le pronostic est mauvais et le traitement mécanique n'a guère de chance de succès. Lorsqu'il y a quelque chose à espérer du traitement par le massage, l'amélioration est plus ou moins rapide mais toujours graduelle sans sauts brusques ni rechutes, tandis que les oscillations du pouvoir auditif sont constantes dans le traitement par le cathétérisme et les bougies ; souvent la combinaison des deux méthodes est tout à fait indiquée. M. N. W.

A propos de quelques cas d'otite moyenne purulente consécutive au tamponnement postérieur des fosses nasales et des moyens succédanés de ce tamponnement, par V. GALETTI. (*Arch. ital. di otol.*, etc., 1895, fasc, 1 et 2.)

L'auteur rapporte quatre cas d'otite moyenne aiguë développés de 48 à 100 heures après un tamponnement postérieur. Il considère que ce mode de traitement doit être absolument condamné et rappelle les autres moyens que nous avons à notre disposition pour arrêter les épistaxis : cautérisations au galvano, application de la canule-tampon de Dionisio, qui n'est qu'une modification du vulgaire sac de baudruche ; irrigations pratiquées avec de l'eau oxygénée, méthode que l'auteur n'a vu échouer qu'une fois jusqu'ici ; enfin, pour les médecins de campagne qui n'ont pas ces moyens à leur disposition, irrigations d'eau à 5 %, injections d'ergotine et tamponnement antérieur. M. BOULAY.

Essai sur la distribution géographique de la surdi-mudité en Italie, par D'AGUANNO. (*Bollet. delle malat. dell' orecch.*, etc., 1895, nº 6.)

Bien que les données sur lesquelles reposent les statistiques

soient différentes selon les diverses nations, l'Italie paraît-être un des pays où les cas de surdi-mutité sont le moins nombreux ; la Suisse est le pays qui en renferme le plus ; la Belgique et la Hollande ceux où il y en a le moins. Contrairement à ce qui se passe en France, le pourcentage des cas de surdi-mutité subit en Italie une diminution notable et presque constante. La répartition de ces cas dans les différentes régions de la péninsule est très irrégulière, c'est la contrée alpine qui en fournit le plus. L'altitude, la nature des eaux et du sol, semblent avoir une influence sur le développement des cas congénitaux, tandis que les endémies ou les épidémies de fièvres infectieuses, telles que la fièvre typhoïde et la méningite cérébro-spinale, en auraient une sur l'apparition des cas acquis. Pas plus en Italie qu'ailleurs on ne trouve de rapport constant et direct entre le chiffre de la morbidité par maladies auriculaires et celui de la surdi-mutité. M. BOULAY.

Surdité hystérique (ou fonctionnelle), par W F. VAN DYCK. (*Brit. med. journ.*, 1895, p. 973).

Jeune homme de 19 ans, aide de cuisine sur un yacht, devenu sourd et muet graduellement dans l'espace de quelques jours ; oreille externe et tympan normaux, pas de stigmates hystériques, absence visible de simulation ; il lit les questions écrites et répond par écrit, mais n'essaye pas de communiquer spontanément avec son entourage ; divers sons violents et subits ne sont pas perçus ; pourtant un ordre donné d'une voix ordinaire « revenez sur vos pas » lorsque le garçon marchait, est obéi simplement ; le médecin insiste alors, obtient des réponses par signes à quelques questions posées à voix haute et nette et quelques instants plus tard, il apprend que le garçon vient de demander une tasse de thé de sa voix ordinaire. Le lendemain l'ouïe et la parole étaient revenues à l'état normal. Une attaque semblable avait eu lieu vers l'âge de 14 ou 15 ans ; la surdi-mutité a été guérie par un médecin qui lui « a soufflé dans les oreilles. » M. N. W.

Un cas de maladie de Ménière, par GALLOW. (Section malaise de la British medical association, in *Brit. med. journ.*, 1895, p.539).

Femme de 60 ans, prise soudainement de vertige, de bourdonnements dans l'oreille gauche et de vomissements ; ces

attaques se répétèrent depuis trois ou quatre fois par semaine ; il y avait de plus de l'hémianopsie durant l'attaque, mais les yeux et les oreilles ne présentaient d'ailleurs rien d'anormal.

M. N. W.

Otomycosis, par HIGHET. (Section malaise de la Brit. med. ass. *Brit. med. journ.*, p. 539, 1895).

C'est, paraît-il, une affection des plus communes à Singapour, contractée le plus souvent dans l'eau de mer ; suivant le D[r] Greig les bains d'eau douce jouent le même rôle que les bains salés.

Le nettoyage antiseptique et l'attouchement des parties malades avec une solution de sublimé dans l'alcool à 1 p. 1000 paraissent les moyens les plus sûrs pour combattre ce mal si sujet aux rechutes. M. N. W.

Le sulfite de calcium comme prophylactique de l'influenza, par W. E. GREEN. (*Brit. med. journ.* 1895, p. 977).

L'auteur se fonde sur un très grand nombre d'observations recueillies depuis la première épidémie d'influenza pour conclure à l'action presque infaillible du sulfite de calcium comme préservatif contre la contagion. Il le donne à la dose de 0 gr. 6 centig. par jour pendant des semaines, aussi longtemps que dure l'épidémie ; le médicament est facilement assimilé et a, à ce point de vue, une grande supériorité sur la quinine ; on peut commencer par cette dernière lorsque le cas est urgent, car il faut bien 3 jours avant que l'organisme ne soit mis à l'abri du contage par le sulfite de calcium ; on continue ensuite l'usage de ce dernier médicament.

Le sulfure de calcium n'a pas la même action. M. N. W.

Soins de l'oreille et du nez dans les exanthèmes, par WENDELL C. PHILIPPS. (*Med. record*, 9 février 1895).

P. après avoir montré que sur 600 cas d'otites chez l'enfant, Downie en a rencontré 131 dus à la rougeole, 63 à la scarlatine, indique la prophylaxie : lavages fréquents du naso-pharynx avec des antiseptiques faibles pour maintenir la perméabilité de la trompe d'Eustache. Les insufflations d'air sont dangereuses : elles doivent être réservées pour le moment où l'otite moyenne est déjà produite. L'otite suppurée doit être traitée le plus promptement possible. A. F. PLICQUE.

De l'érysipèle consécutif aux otites, par Hessler. (*Münch. med. Wochenschr.*, n° 3, 1895).

Sept cas d'érysipèle autochtone, sans contagion reconnue, consécutifs à des suppurations de l'oreille externe et moyenne. Dans la plupart des cas, il y avait participation de l'apophyse mastoïde au processus ; trois fois l'érysipèle se déclara après l'ouverture de l'apophyse ; deux fois, il lui fut antérieur : néanmoins malgré cela les malades furent opérés et guérirent. De ces cas, terminés favorablement sauf un, H. tire cette conclusion que l'érysipèle n'est pas une contre-indication à l'ouverture de l'apophyse mastoïde : qu'au contraire il faut en pareille circonstance intervenir au plus vite pour prévenir des complications cérébrales. M. LERMOYEZ.

Du traitement de la suppuration chronique de l'oreille moyenne, par Arthur Hartmann. (*Deutsche Aerzte-Zeitung*, n° 10, 1895).

Exposé des notions actuellement classiques sur la nécessité des ouvertures larges, de la mise à nu complète du foyer de suppuration toutes les fois que les pansements méthodiques ne viennent pas à bout de l'écoulement; l'auteur rappelle que ses propres études anatomiques ont établi qu'il faut, pour découvrir l'attique, s'attaquer non pas à la paroi postérieure du conduit auditif trop proche du canal facial, mais à la paroi postéro-supérieure ; deux figures nous montrent à nouveau les rapports qu'il est indispensable d'avoir présents à l'esprit en opérant.

M. N. W.

De la voie préauriculaire dans les interventions sur le conduit auditif et le rocher, par M. Gangolphe et Siraud. (*Revue de chirurgie*, avril 1895, p. 300.)

Les auteurs proposent de remplacer le procédé classique de l'ouverture du conduit auditif en arrière du pavillon par une voie nouvelle qu'ils appellent la voie préauriculaire qu'ils considèrent comme plus simple, moins périlleuse et plus commode. Voici le procédé : incision en avant de l'antitragus s'étendant de l'hélix au lobule de l'oreille, les organes vasculo-nerveux intéressés dans cette incision sont insignifiants, réclinaison en avant de la glande parotide, immédiatement on se trouve sur le conduit cartilagineux que l'on divise dans sa longueur, ce qui permet l'exploration facile de ce conduit et de la caisse, en même temps le

procédé permet d'examiner facilement jusqu'à la base du crâne et jusqu'au rachis à travers la paroi du pharynx, il est facile aussi d'explorer les apophyses mastoïde et styloïde. Grâce à ce procédé les auteurs purent extraire assez aisément un corps étranger et nettoyer le conduit auditif et la caisse.

A. G.

Les fautes journalières en otorhinologie, par AVELLI. (*Gaz. degli ospit*, 16 mai 1895.)

Curieuse leçon humoristique ou Avelli montre : 1° qu'il n'est pas inutile d'inciser à temps les otites moyennes aiguës ; 2° que les insufflations de poudre d'acide borique peuvent parfaitement amener l'obstruction du conduit auditif ; 3° que le sulfate de quinine et le salicylate de soude peuvent amener des surdités durables ; 4° que les corps étrangers doivent être extraits avec précaution ; 5° que les stations hydrominérales, la gymnastique suédoise, le massage et les toniques constituent dans le traitement des épistaxis par varicosités de la pituitaire des moyens qui ne peuvent pas remplacer la cautérisation ; 6° que les lésions nasales peuvent entraîner des accidents réflexes et qu'en particulier la sécheresse de la bouche et du pharynx peut survenir par d'autres causes que le diabète ; 7° qu'il est indispensable pour les praticiens de connaître au moins les éléments de l'otorhinologie.

A. F. PLICQUE.

Remarques concernant l'histoire de la mise à nu de l'antre mastoïdien et de la voûte de la caisse du tympan, par ARTHUR HARTMANN (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, t. XXVI, p. 105).

L'auteur résume dans cet article ses divers travaux et ses communications aux Congrès sur les ouvertures larges et rigoureusement définies au point de vue anatomique; plusieurs figures précisent les dispositions anatomiques utiles à connaître pour l'opérateur. Il n'y a, d'ailleurs, pas de données nouvelles dans cet article ; l'auteur insiste une fois de plus sur la nécessité et l'inocuité des opérations qui permettent d'arriver librement jusqu'aux parties reculées de la caisse malade.

M. N. W.

Un cas de mastoïdite double avec thrombose septique du sinus

latéral, par H. Secker Walker (*British med. journ.*, 1895, p. 806).

Femme de 24 ans, apportée à l'hôpital dans un état semi-comateux, avec des frissons, des vomissements, de la fièvre, et complètement sourde ; on constata aussi de la névrite optique bilatérale, du strabisme convergent et une hémiparésie douteuse de la face. De vastes collections fluctuantes se trouvaient sous le cuir chevelu des régions pariétales, derrière les apophyses mastoïdes en apparence saines; les conduits auditifs se trouvaient remplis de pus et le gauche était en grande partie oblitéré par une saillie de la paroi postérieure. Diagnostic : otite moyenne suppurative bilatérale, envahissement des mastoïdes, thrombose septique de l'un des sinus latéraux, le gauche probablement. Opération : incision de l'abcès gauche dont le fond est constitué par l'os, ouverture de l'antre mastoïdien à travers l'apophyse dure et saine d'aspect, l'antre est plein de pus et de caséum ; l'oreille est détachée, réclinée en avant, la paroi postérieure du conduit osseux est enlevée, de même, ce qui reste du tympan et des osselets, et le tout lavé et nettoyé, puis bourré de gaze. Ensuite le sinus mis à nu fut trouvé baigné de pus ; découvert sur une étendue plus grande, incisé, vidé de son pus et de son thrombus désagrégé jusqu'à l'apparition d'un jet de sang pur ; le sinus fut enfin bouché au moyen de la cire antiseptique d'Horsley ; il fut procédé de même pour la partie descendante du sinus. Enfin, on procéda rapidement à l'incision de l'abcès et à l'ouverture de l'antre du côté droit, en respectant cette fois le sinus. L'amélioration se manifesta dès le lendemain, mais on trouva en même temps de la parésie du bras gauche ; le quatrième jour, un vaste abcès fut découvert et incisé au-dessous de la protubérence occipitale externe. La guérison marcha dès lors rapidement, la névrite optique disparut, de même que le strabisme, et l'ouïe se rétablit suffisamment dans l'oreille droite. Il resta de la surdité complète à gauche et de la parésie du bras gauche. Les abcès avaient été d'origine pyémique tous les trois, sans continuité avec le pus des oreilles. M. N. W.

Un cas de pyémie d'origine auriculaire sans thrombose du sinus, traité par la ligature de la jugulaire interne et l'incision du sinus latéral, par Edward Deanesly (*Brit. med. journ.*, 1895, p. 805).

Fillette de 4 ans, atteinte d'otorrhée double onze jours après

le début d'une scarlatine grave ; trois semaines plus tard, un abcès fut incisé au niveau de la mastoïde gauche, mais le soulagement passager fut bientôt suivi de phénomènes pyémiques aigus et l'auteur eut recours à l'opération suivante : la jugulaire fut liée au-dessus du muscle omohyoïdien et sectionnée entre deux ligatures ; la veine ne présentait pas de signes d'inflammation. Cette première plaie une fois suturée et protégée, il fut procédé à l'ouverture de l'antre mastoïdien ; le sinus latéral facilement mis à nu et bien reconnaissable à cause de sa tension, ne paraissait pas altéré et donna abondamment après l'incision ; l'hémorrhagie s'arrêta après le tamponnement de la plaie, mais elle recommença le lendemain lorsque le tampon de gaze fut retiré ; l'hémostase fut obtenue cette fois en introduisant une bandelette de gaze dans le sinus même. Au bout de quelques jours, du pus fétide s'était formé tant au niveau de la mastoïde que de la plaie cervicale superficiellement cicatrisée. L'enfant succomba 13 jours après l'opération. A l'autopsie on trouva l'oreille droite, non opérée, aussi malade, aussi pleine de pus, que la gauche ; le sinus sigmoïde gauche et la jugulaire contenaient un thrombus fétide, évidemment post-opératoire. Ainsi, cette opération, conduite suivant la méthode de Ballance, n'a, en somme, fait qu'empirer la situation ; il aurait fallu ouvrir l'oreille droite, ne pas fermer complètement la plaie cervicale, et y fixer le bout supérieur de la veine, afin de pouvoir enlever le caillot septique lors de sa formation. M. N. W.

Tuberculose primitive de l'apophyse mastoïde, par H. KNAPP, de New-York. (*Arch. of otol.*, nos 1 et 2, 1894).

Knapp rapporte l'histoire d'une petite fille de 5 ans qui présentait une lésion des vertèbres, une ulcération granuleuse sous le cou de-pied gauche, une ulcération avec séquestre du rebord orbitaire à droite et une autre de même nature à la partie inférieure et extérieuré de l'orbite droit. De plus, l'apophyse mastoïde droite et la partie supra-auriculaire de l'os temporal présentait un gonflement très marqué avec ulcération granuleuse laissant écouler un pus fétide. Les deux pavillons, conduits, tympans et caisses étaient normaux, et l'ouïe était intacte. Knapp enleva les parties osseuses nécrosées des orbites et de l'apophyse mastoïde et obtint une guérison complète en quelques mois. Il admet la rareté des ostéites tuberculeuses primitives de la mas-

toïde, mais croit que des examens attentifs révéleraient la nature bacillaire de ces affections plus souvent que ne le pense Schwartze.

M. LS.

Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher ? par Garnault. (*Bulletin de la Société de biologie*,. Paris 1895, p. 112).

Les conclusions que l'auteur a tenté de déduire de l'examen d'un grand nombre de crânes sont encore trop incertaines pour pouvoir servir infailliblement dans le choix de l'opération de la trépanation du rocher, car les dispositions qui existent chez un certain nombre de dolicocéphales, telle que la situation plus élevée de la fosse cérébrale moyenne, ne se rencontrent pas régulièrement dans tous les cas ; indépendamment de l'indice céphalique, il y a des conditions anatomiques telles que la petitesse de l'apophyse, l'état diploétique ou compact du tissu osseux qui régissent peut-être avec plus de sûreté la situation de la fosse cérébrale moyenne ou celle du sinus latéral.

A. G.

Présentation d'un malade opéré d'ouverture attico-mastoïdienne pour une ostéite fongueuse ancienne avec application de lam beaux cutanés sur la brèche osseuse, par Luc. (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol*,. Tome VIII. n° 1, p. 1, janvier-février 1895).

L'auteur présente un malade chez lequel il dut pratiquer un évidement de l'oreille moyenne pour un vaste foyer d'ostéite fongueuse tuberculeuse. L'intérêt de cette observation réside dans l'application de la méthode, actuellement employée par un grand nombre d'otologistes allemands, d'autoplastie destinée à accélérer le travail de réparation. Luc adopta le procédé de taille des lambeaux décrit par Kretschmann.

Une fois les surfaces osseuses soigneusement curettées puis touchées avec des tampons imprégnés d'une solution de chlorure de zinc au tiers, il pratique à deux centimètres en arrière de l'incision rétro-auriculaire, et parallèlement à elle, une incision de même longueur. Ces deux incisions ayant été réunies à la partie moyenne par une incision perpendiculaire, L. obtint ainsi deux lambeaux quadrilatères

qui furent libérés l'un de bas en haut, l'autre de haut en bas, et, respectant le périoste, appliquées, et fixées sur la brèche osseuse.

Étant donné l'avantage qu'il y a à maintenir ouverte en permanence la brèche osseuse rétro auriculaire, au double point de vue de la rapidité de l'épidermisation de l'oreille moyenne et de la sûreté de la guérison, les lambeaux cutanés aident à obtenir plus rapidement que jadis un résultat : dans le cas présenté par Luc, il suffit de trois mois pour que toute trace de suppuration disparut. M. L.

II. — *NEZ ET SINUS*

Les micro-organismes dans les fosses nasales saines, par St. Clair Thomson et R. T. Hewlett (*Proc. of the royal med. and. chir. soc. of. London*, séance du 28 mai 1895).

Les auteurs ont entrepris l'étude de la bactériologie des voies aériennes supérieures et ils ont commencé leurs recherches dans les fosses nasales à l'état sain.

Les résultats auxquels ils sont arrivés contrastent d'une manière frappante avec ceux qu'ont obtenus les auteurs antérieurs et ils sont en opposition directe avec l'opinion admise par la plupart des médecins, opinion fondée simplement sur un raisonnement *a priori*. Chaque heure, nous inspirons cinq cents litres d'air renfermant environ chacun quinze cents microorganismes. Comme la plus grande partie de ceux-ci viennent en contact avec la muqueuse humide qui tapisse les défilés tortueux des fosses nasales, on a cru pouvoir affirmer que l'intérieur du nez montre une grande abondance de microorganismes. Et ce qui contribue à faire accepter cette notion erronée, c'est la rareté extrême de l'examen bactériologique du nez fait à l'état normal. Seuls Löwenberg et Hajek ont trouvé fort peu de bactéries dans le nez normal. Plus tard, Wurtz et Lermoyez ont insisté sur la pauvreté du mucus nasal normal en microbes, ce qu'ils attribuaient à son pouvoir bactéricide. A part ces trois observateurs, tous les autres ont trouvé dans le nez de nombreux microbes. L'un trouve le streptocoque de Fehleisen chez 1/5 des fosses nasales saines ; un autre trouve le pneumocoque une fois sur quatre ; d'autres encore trouvent associés le diplobacille de

Friedländer, le streptocoque pyogène, et le staphylocoque doré.

Les auteurs de ce travail se sont bornés, à l'aide de préparations colorées au violet de gentiane et de cultures sur gélose, de constater la présence ou l'absence de bactéries dans les fosses nasales, sans s'attacher à les différencier. Trente individus sains ont été examinés. Vingt-sept cultures et quatorze préparations ont été faites avec des prises faites dans le vestibule du nez, soixante-six cultures et trente préparations faites avec des prises pratiquées sur la muqueuse des fosses nasales. Les conclusions suivantes en découlent :

1° Dans tous les examens bactériologiques faits sur les fosses nasales, de même que dans toutes les recherches faites sur l'action du mucus nasal, il faut faire une distinction nette entre le vestibule du nez et la fosse nasale proprement dite. Le vestibule, à paroi cutanée, tapissée de poils, de glandes sudoripares et sébacées, n'appartient point au nez proprement dit.

2° L'oubli de cette distinction explique les divergences extrêmes qu'on note dans les travaux des auteurs précédents.

La contamination par le contenu du vestibule est difficile à éviter dans les recherches faites sur les fosses nasales.

3° Les microbes sont toujours présents dans la poussière, dans les croûtes situées au milieu des vibrisses, et ils y sont très abondants.

4° Dans la fosse nasale proprement dite c'est l'inverse qu'on observe. Les auteurs n'affirment pas que les microbes y manquent complètement, exceptionnellement on peut les y rencontrer, mais à l'état normal ils s'y montrent toujours clairsemés. Dans plus des 4/5 des cas observés, le mucus s'est montré complètement stérile.

5° La présence des microbes pathogènes sur la pituitaire est absolument exceptionnelle.

On conçoit l'importance de ces faits dans la clinique rhinologique, ainsi que dans la chirurgie nasale. M. LERMOYEZ.

Contribution à l'étude de la morphologie des fosses nasales. L'organe de Jacobson, par GARNAULT (*Bulletin de la société de biologie*, mai 1895, p. 322).

Des recherches de quelques naturalistes et histologistes, il résulte que l'organe de Jacobson existe bien en réalité et cette existence a été constatée par l'auteur, mais il s'atrophie aussitôt

et disparaît chez le vivant après la vie fœtale et il semble donc difficile de lui bien associer un rôle biologique quelconque et surtout un rôle pathologique que Garnault conteste absolument; il ne croit pas à une relation quelconque entre l'ulcère rond et une maladie d'un organe qui a entièrement disparu depuis longtemps. A. G.

Considérations sur le mécanisme vasculaire de la membrane muqueuse du nez et sur ses relations avec certains processus pathologiques, par JONATHAN WRIGHT (*Amer. journ. of med. sciences*, mai 1895).

L'auteur étudie d'abord les conditions physiologiques de la circulation des cornets. Il constate, à regret, qu'à New-York même, il est difficile de se procurer des têtes d'adultes suffisamment fraîches, pour pouvoir étudier la membrane du nez dans de bonnes conditions. Aussi, a-t-il été obligé d'examiner la pituitaire des moutons et celle d'enfants mort-nés ou morts peu de jours après la naissance. Malgré ces conditions d'étude désavantageuses, il pense que, physiologiquement, l'augmentation du calibre des artérioles, en comprimant les veinules qui les accompagnent, joue un grand rôle dans la congestion de cette région. Il donne aussi un rôle actif à l'engorgement veineux péri-glandulaire, en ce qui regarde les modalités successives de la sécrétion dans l'inflammation aiguë de la muqueuse nasale, et, comme conséquence, à la contraction des fibres lisses du stroma. H. DU F.

Oblitération osseuse congénitale de la choane droite, par W. ANTON (*Arch. of Ohrenheilk.* Bd. 38, Hft. 1 u. 2).

Le porteur de cette anomalie, un homme de 21 ans, avait vécu jusqu'à douze ans sans se douter que l'une de ses fosses nasales était imperméable à l'air ; il ne s'en aperçut à cet âge que par hasard en essayant de se moucher alternativement par l'une et l'autre narine. Les seuls troubles accusés au moment de l'examen, un peu de dyspnée dans les efforts et de sécheresse de la gorge pendant la nuit, n'existaient que depuis un an.

Les fosses nasales offraient une conformation normale ; la cloison était seulement légèrement déviée à droite. A la rhinoscopie postérieure on constatait que la choane droite était fermée par une membrane verticale, blanche, brillante comme un

tendon, déprimée au centre, et parcourue de haut en bas par quelques vaisseaux sanguins. Elle était ferme et non dépressible sous le stylet. Odorat nul de ce côté.

La plaque osseuse fut perforée à l'aide d'un foret monté sur un tour de dentiste ; son épaisseur approximative était de trois quarts de millimètre à 1 millimètre. L'orifice fut ensuite élargi avec un foret plus volumineux ; trois mois après l'opération le diamètre de l'orifice était de 6 à 7 millimètres ; l'odorat n'était pas revenu. M. BOULAY.

Epistaxis de la grossesse, par TH. HUBBARD (*Medical record*, 20 avril 1895.)

H. a traité cinq cas d'épistaxis survenus dans la grossesse, ordinairement du quatrième au septième mois. Dans ces cas la rupture d'une artère de la cloison put être constatée. Une seule cautérisation fut suffisante pour quatre d'entre eux. Mais le cinquième se termina par la mort l'hémorrhagie s'étant d'ailleurs compliquée d'accidents infectieux. Le tamponnement postérieur doit toujours être évité comme favorisant l'infection. Dans ces hémorrhagies puerpérales Halaway a obtenu de bons résultats des injections hypodermiques de strychnine a hautes doses. La strychnine agit non seulement contre l'hémorrhagie, mais contre la dépression nerveuse.

A. F. PLICQUE

Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison du nez, par Y. ARSLAN. (*Arch. ital. di otol.*, 1895, fasc 1.)

Dans toute la littérature médicale A. n'a trouvé que 131 cas de tumeurs de la cloison, dont 10 de nature syphilitique et 25 d'origine tuberculeuse. Parmi les néoplasmes proprement dits le plus fréquent est le sarcôme qui représente plus de 36 °/₀ des cas ; puis viennent les polypes dans la proportion de 28 °/₀.

Le sexe féminin offre une plus grande prédisposition au développement de ces tumeurs, en particulier des sarcômes. Elles siègent le plus souvent sur la portion cartilagineuse, sans doute parce qu'elle est plus exposée. Les tumeurs bénignes de cette région paraissent plus aptes que celles des autres organes à se transformer in situ en tumeurs malignes.

L'auteur rapporte quatre observations de tumeurs de la cloison : dans deux cas il s'agissait de fibro sarcômes, dans un

autre d'adéno-fibrôme, dans le dernier enfin de granulôme inflammatoire simple. M. BOULAY.

Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison du nez, par STRAZZA. (*Bollet. dell. malat. dell' orecch.*, etc., 1895, n° 3.)

S. rapporte deux cas de tumeurs de la cloison. Dans l'un il s'agissait d'une femme de 60 ans, atteinte d'épistaxis depuis sa jeunesse et qui avait senti se développer depuis quelques mois une excroissance charnue dans la narine gauche : celle-ci était remplie par une masse bleuâtre, molle, de la grosseur d'un œuf de poule, implantée sur le septum. Une partie de la tumeur ayant été enlevée à l'anse galvanique, il s'en suivit une violente hémorrhagie. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un angiôme à système cavitaire très développé (cavernôme). Sous l'influence de quatre séances d'électrolyse de dix minutes de durée chacune et où l'on n'employa pas un courant de plus de 10 milliampères, la tumeur diminua de volume et augmenta de consistance. Six semaines après la dernière séance d'électrolyse, elle avait à peu près disparu.

Le second cas concerne un jeune homme de 17 ans chez lequel il existait sur la partie antérieure de la cloison, à gauche, une tumeur largement ulcérée. Les parties qui limitaient l'ulcération, à fond grisâtre, étaient constituées par une masse d'aspect verruqueux et d'une certaine consistance. On crut à une périchondrite tuberculeuse. Or, le diagnostic histologique fut épithélioma à cellules parvimenteuses. Ablation ; trois mois après récidive en un point limité de la peau du dos du nez.

M. BOULAY.

L'ozène, par ABATE. (*Arch. ital. di laring.*, janvier 1895.)

L'auteur passe en revue les diverses théories pathogéniques de l'ozène ; théories anatomo-physiologique, chimique, trophonévrotique, parasitaire, diathésique ou dystrophique. Il termine par les conclusions suivantes : on naît avec l'ozène parce qu'on naît scrofuleux ; l'ozène est héréditaire, mais non contagieux ; pour qu'un microbe (ou peut-être plusieurs) se développe et donne lieu à l'odeur spécifique et à la singulière modification des sécrétions, il faut que la muqueuse nasale offre des conditions pathologiques tout à fait spéciales.

M. BOULAY.

Le traitement de l'ozène, par Hunter Mackenzie (*Brit. med. journ.* 27 avril 1895.)

L'auteur traite l'ozène par le curettage de la muqueuse afin d'obtenir ainsi la formation d'une membrane nouvelle ; des cas d'ozène très grave ont été complètement guéris ainsi ; entre autre celui d'une jeune fille renvoyée de son institution pour ce mal ; la guérison dans ce cas se maintient depuis cinq ans. Un travail détaillé suivra cette communication préliminaire.

M. N. W.

Le pronostic des opérations nasales au cours des épidémies de grippe, par Bryson Delavan (*New-York med. journal*, 8 juin 1895.)

B. Delavan pose en axiome que pendant toute épidémie de grippe il faut laisser le nez absolument tranquille. Toute opération est en général suivie d'une attaque aiguë et parfois grave d'influenza. Comme ces opérations ne sont jamais urgentes, il y a tout avantage à les différer.

Ce qui est vrai de la grippe l'est également de la fièvre de foin. Chez les malades sujets à l'hay fever on doit, pour les opérations, éviter la saison de leurs attaques, ordinairement le mois de juin.

A. F. PLICQUE.

Anévrysme artériel de la carotide interne au niveau du sinus caverneux gauche, communication avec le sinus sphénoïdal droit, hémorrhagies nasales, mort, autopsie, par Guibert (*Annales d'oculistique*, mai 1895.)

L'auteur rapporte l'histoire d'un malade qui, après une chute sur une fourche, se fit une plaie pénétrante de l'œil droit ayant nécessité l'énucléation. En outre l'œil gauche présenta une ophtalmoplégie totale, sans lésion du fond de l'œil, qui disparut au bout de quelques semaines. Pendant près de quatre mois, le malade fut en proie à une céphalgie atroce et fut atteint de dix à douze épistaxis extrêmement abondantes. L'hémorrhagie, au début et à la fin, se produisait par la narine droite, mais le sang coulait à flot par les deux fosses nasales, d'un jet continu, et la quantité rendue était supérieure à un litre ; c'est à la suite d'une de ces hémorrhagies que le malade succomba. L'autopsie montra une fracture de la base intéressant la selle tur-

cique avec une esquille correspondant au sinuss phénoïdal gauche. En outre sur le côté gauche de la selle turcique, dans la gouttière caverneuse, on constatait un anévrysme de la carotide interne, sans communication avec le sinus caverneux, et qui envoyait un prolongement dans le sinus sphénoïdal droit. Ce dernier était rempli de caillots sanguins qui se continuaient avec des caillots occupant la narine droite et une partie du sinus maxillaire du même côté.

En somme, observation très intéressante au point de vue rhinologique et qui montre bien les déviations que peut présenter la cloison médiane divisant le sinus sphénoïdal. Dans le cas particulier, lorsqu'on poussait une injection colorée par l'orifice situé sur le côté gauche du sinus sphénoïdal, orifice ayant livré passage au prolongement de l'anévrysme, cette injection ressortait constamment par la narine droite, ce qui explique pourquoi les hémorrhagies se produisaient toujours de ce côté, bien que l'anévrysme ait siégé à gauche. G. LAURENS.

III. — *BOUCHE ET PHARYNX*

Mutisme hystérique guéri par l'éthérisation par C. Gioffredi (*Il progresso medico*, 23 février 1895).

G. discute la pathogénie du mutisme hystérique, paralysie fonctionnelle de la zone corticale commandant les articulations du larynx ou excitation du pouvoir inhibiteur de la volonté. Il croit plutôt à cette dernière action. L'éthérisation moyen, très facile, très efficace, qui lui a réussi non seulement dans l'observation publiée mais dans un cas antérieur, constitue le meilleur moyen de faire cesser cette inhibition. A. F. PLICQUE.

Une conformation rare, probablement congénitale, des piliers du voile du palais, par Robert Fullerton. (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1895.)

Femme de 29 ans, sans antécédents ni vestiges de syphilis, sauf quelques cicatrices dont l'origine s'explique autrement. L'aspect des piliers est tout à fait anormal, à l'insu de la patiente ; il n'y a point d'amygdales ni de logettes pour les contenir ; un seul pilier descend à gauche, va s'élargissant par le bas

et laisse un passage entre sa surface externe et la paroi buccale; il existe une sorte de bandelette qui est le vestige du pilier postérieur ; à gauche cette ébauche de pilier postérieur est plus nette, mais la conformation générale est la même. La muqueuse est détruite sur une grande étendue, dans le pharynx presque jusqu'à l'œsophage, dans le naso pharynx et dans l'oro-pharynx sans qu'il n'y ait nulle part de brides cicatricielles. L'auteur conclut avec la majorité des membres de la Société Médico-Chirurgicale de Glasgow auxquels la malade a été présentée, à une anomalie congénitale des piliers. M. N. W.

De la tuberculose des amygdales, par Purves Stewart (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1895.)

Enfant de 10 ans, amygdales enlevées pour une hypertrophie en apparence simple ; elles ne présentent rien de particulier à l'œil nu, que des cryptes considérables. L'examen microscopique y fait reconnaître la présence de très nombreuses cellules géantes, entourées de cellules lymphoïdes et épithélioïdes, mais le bacille de la tuberculose n'a pas été trouvé au milieu des nombreux microorganismes des cryptes.

Les végétations adénoïdes du pharynx, enlevées chez le même enfant, ne contenaient pas de cellules géantes; quelques glandes cervicales, par contre, présentaient toutes les phases de la dégénérescence tuberculeuse depuis l'hypertrophie jusqu'à la caséification. M. N. W.

Du chancre amygdalien, par M. le Prof. Fournier (*Bulletin médical*, nos 9 et 10, 1895).

Etude remarquablement précise d'une affection longtemps ignorée et méconnue, localisée dans un organe où tout contage charrié par la salive s'arrête et se développe avec une grande facilité.

Le chancre de l'amygdale, ordinairement unique et unilatéral, occupe le plus souvent toute l'étendue de la surface de cet organe.

Cette lésion, qui attire l'attention du malade par une douleur angineuse, persiste quelques septénaires, comme toute affection de cette nature, et se présente au clinicien sous plusieurs aspects différents :

1. *Chancre de forme érosive.* — Forme bénigne, caractérisée

par une amygdale à peine tuméfiée portant une érosion superficielle. Troubles fonctionnels peu marqués, pas davantage de phénomènes objectifs. Noter :

a) L'adénopathie du chancre ;

b) La dureté de la base de la lésion.

2. *Forme ulcéreuse.* — Plus caractéristique, douloureuse. Ulcération étendue, de mauvaise mine, sur une amygdale très résistante.

3. *Forme angineuse.* — Peu commune. C'est une amygdalite (hypertrophie, rougeur, douleur, malaises généraux), compliquée d'un chancre à lésion érosive ou ulcéreuse.

A côté de ces trois formes courantes il faut citer deux variétés rares :

I. *Variété diphthéroïde.* — L'une des formes précédentes se complique d'un exsudat pseudo-membraneux rappelant l'aspect d'une angine blanche.

II. *Variété sphacélique, gangréneuse.* — Elle se manifeste par la production, sur la surface du chancre, d'ilôts ou même de petits placards de gangrène, et s'accompagne quelquefois d'un état général grave, véritable *orage infectieux.*

L'adénopathie est celle du chancre, le ganglion satellite étant situé au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

Le diagnostic du chancre amygdalien, dit le savant maître de Saint-Louis, n'est pas difficile, mais à une condition : c'est qu'on y pense. Notre attention sera déjà tenue en éveil par l'unilatéralité de la lésion, l'adénopathie satellite et l'induration locale.

La marche de l'affection fera distinguer le chancre de l'*épithélioma*.

Un examen insuffisant du malade fait souvent commettre l'erreur qui consiste à substituer au diagnostic vrai de chancre, le diagnostic erroné de *mal de gorge ordinaire*, d'angine banale.

Le diagnostic est plus difficile avec :

I. *La plaque muqueuse.* — Considérer

1° L'induration des tissus ;

2° L'adénopathie caractéristique de la lésion primaire ;

3° La chronologie des accidents ;

4° L'effet de la cautérisation de la lésion ; son succès sur la plaque muqueuse (Diday).

II. *Les ulcérations amygdaliennes tertiaires.* — Celles-ci ne sont ordinairement pas accompagnées d'adénopathie ; se fonder aussi sur la chronologie des accidents.

III. *L'angine couenneuse*, que l'on distinguera par :
1° Son invasion soudaine et à grand fracas ;
2° Sa bilatéralité ordinaire ;
3° Les symptômes locaux inflammatoires ;
4° L'accentuation de ses symptômes généraux ;
5° L'absence ou la différence des caractères de l'adénopathie ;
6° L'évolution et la durée.

IV. *L'angine diphthéritique*, qui est diffuse, rapidement bilatérale et dans laquelle on décèle le bacille de Löffler.

V. *L'amygdalite lacunaire*, qui manque d'adénopathie, et a une évolution tout autre.

L'affection qui nous occupe évolue comme tout chancre syphilitique en cinq à six semaines, ne présentant qu'exceptionnellement des complications, comme la forme pultacée, une tendance au phagédénisme, et pouvant même parfois s'accompagner d'accidents généraux d'apparence infectieuse.

Traitement. — Dans la période inflammatoire : gargarismes émollients.

Plus tard : gargarismes au chlorate de potasse, au borate de soude.

Pour modifier les surfaces ulcérées : attouchements à la teinture d'iode, à la teinture éthérée d'iodoforme ; cautérisations au crayon de nitrate d'argent. L. EGGER.

Tuberculose larvée des trois amygdales, par DIEULAFOY (*Communication à l'Académie de médecine*, 30 avril 7 et 14 mai 1895.)

A la tuberculose aiguë et chronique du pharynx, l'auteur ajoute une troisième forme qu'il désigne sous le nom de *tuberculose larvée* qui se confond, d'une part avec les végétations adénoïdes, d'autre part avec l'hypertrophie simple des amygdales. Le fait ressort clairement des expériences d'inoculation pratiquées à des cobayes avec des fragments de tissu adénoïde ou d'amygdales. Des résultats obtenus par D. il suit que 12 fois sur 100 les hypertrophies amygdaliennes et 20 fois sur 100 les végétations adénoïdes sont tuberculeuses. Cette tuberculose primitive, larvée, reconnaît la pathogénie suivante.

Il est établi, d'une part, que les sujets auxquels tissus adénoïdes ou amygdales hypertrophiées ont été enlevés étaient, héréditairement, ce que l'on est convenu d'appeler des lymphatiques, excellents terrains de culture pour le bacille. D'autre part, la

présence de bacilles tuberculeux virulents dans les cavités nasales d'individus sains est évidente ; de plus, la déglutition d'aliments contenant le bacille de Koch peut infecter les amygdales et le tissu adénoïde du pharynx, alors même que l'épithélium est intact. Ainsi s'explique la première étape de la tuberculose larvée pharyngienne. Cette première étape peut ne pas être franchie, l'infection tuberculeuse étant enrayée ; mais, par contre, le bacille peut aussi évoluer et retentir sur le système ganglionnaire. Cette tuberculose ganglionnaire peut, elle aussi, s'arrêter dans son évolution et guérir ; ou bien, sous l'influence d'infections secondaires, scarlatine, rougeole, coqueluche, évoluer vers la suppuration et se généraliser. C'est là une troisième étape pendant laquelle le bacille pourra encore s'arrêter, d'où la guérison, ou continuer son évolution, d'où la vulgaire tuberculose pulmonaire.

Comme traitement de cette bacillose larvée des trois amygdales, D. recommande : 1° des moyens prophylactiques, éviter l'introduction des poussières de crachats tuberculeux et surveiller l'usage de certains aliments qui peuvent véhiculer les bacilles ; 2° le traitement curatif qui doit être à la fois médical (soutenir l'organisme par une alimentation riche en substances graisseuses et huileuses et par le séjour au bord de la mer) et chirurgical (ablation des végétations et des amygdales.)

Dans la discussion qui suivit cette communication, Lancereaux fit observer que cette démonstration faite par D. expérimentalement, était déjà prouvée par la clinique. En effet, Lermoyez a établi nettement qu'il existait deux sortes de tuberculose du naso-pharynx, l'une facile à constater en clinique par ses caractères anatomiques ; l'autre, larvée, ne pouvant être reconnue qu'à l'aide du microscope, et simulant de simples végétations adénoïdes. Dans un cas de ce genre, Lermoyez, ayant examiné des végétations adénoïdes qu'il venait d'extirper, les trouva infiltrées de bacilles de Koch, bien que rien n'indiquât à l'œil nu l'existence de tubercules ; dans un autre cas le malade ayant succombé un peu plus tard, il en conclut que les végétations enlevées avaient été le point de départ de la maladie qui l'emportait. Aussi concluait-il de la façon suivante : il faut distraire du groupe des végétations adénoïdes une forme qui mérite le nom de *végétations adénoïdes tuberculeuses.*

En outre, Cornil étudie et compare les résultats fournis par l'examen histologique et l'expérimentation. En ce qui a trait aux tumeurs adénoïdes dont l'examen a été fait sans le contrôle

de l'expérimentation, on trouve, sur environ 70 observations, 4 faits positifs de tuberculose caractérisée par des cellules géantes, sans qu'on ait découvert de bacilles, ce qui fait 1 cas sur 17. Il résulte que les simples constatations de l'histologie donnent une statistique bien plus rassurante que celle de Dieulafoy (1 sur 5), basée uniquement sur l'expérimentation. Celle-ci peut donner des résultats entachés d'erreurs par suite de la structure même des végétations adénoïdes : il peut en effet exister, sur les fragments inoculés, dans le mucus interposé aux végétations, des bacilles qui donneront après l'inoculation la phtisie aux cobayes sans avoir cependant pénétré dans les tumeurs adénoïdes des enfants. Quant aux amygdales hypertrophiées, Cornil n'a jamais trouvé ni cellules géantes, ni bacilles. Là également les causes d'erreurs sont très difficiles à éviter dans la méthode expérimentale, car il est à peu près impossible d'enlever un fragment d'amygdale sans prendre en même temps quelques parties des cryptes amygdaliennes qui renferment des microbes variés et en grand nombre. Or, quand on insère sous la peau du cobaye ou du lapin des fragments septiques quelconques non tuberculeux, on peut voir se développer des granulations de pseudotuberculose.

De plus, Dieulafoy n'a pratiqué ni l'examen histologique, ni l'examen bactériologique des tubercules obtenus par l'expérimentation. Cornil conclut donc qu'on ne peut facilement admettre que les amygdales palatines hypertrophiées des enfants soient dues à un processus tuberculeux. L'hypertrophie amygdalienne compliquée de tuberculose peut exister assurément, mais ne se rencontre qu'exceptionnellement et de préférence chez des enfants de souche tuberculeuse.

Cornil revient et insiste sur ce fait : le tissu amygdalien inoculé était-il réellement tuberculeux ou contenait-il simplement à sa surface des bacilles de Koch? En effet, les cryptes de l'amygdale sont remplies de microbes de toute espèce que l'on inocule avec les fragments amygdaliens. Or, si l'on admet avec Straus que les bacilles de la tuberculose existent parfois à la surface des amygdales de personnes saines, on comprend que l'inoculation d'une telle amygdale puisse fournir des résultats positifs. On ne doit pas en conclure que l'amygdale est tuberculeuse, mais simplement que le bacille de Koch existait à sa surface. L'examen histologique et bactériologique seuls peuvent prouver la tuberculose amygdalienne.

C. ne nie pas la fréquence de la tuberculose amygdalienne, il

en a rapporté de nombreux exemples, mais il ne peut admettre que l'hypertrophie amygdalienne des jeunes sujets soit une lésion tuberculeuse. On trouve, dans ces cas, une hypertrophie très manifeste du tissu adénoïde, une abondance extrême du tissu conjonctif péri-vasculaire, toutes lésions qui conduisent à une sclérose totale de l'amygdale et ne favorisent guère le développement de la tuberculose. On ne doit pas oublier non plus que la tuberculose des ganglions cervicaux n'est pas forcément consécutive à une lésion amygdalienne, et qu'on l'observe à la suite d'altérations des muqueuses du nez, de l'œil, de l'oreille, etc.

Avant de conclure, on doit tenir compte de tous les détails indispensables : structure des tissus inoculés, structure des produits secondaires à l'inoculation, caractère histologique des lésions, présence des bacilles caractéristiques sont autant de points que D. n'a pas précisés. G. LAURENS.

Des affections de la gorge dans l'influenza, par W. F. B. DONNELLY. (*Brit. med. journ.* 1895, p. 583).

Dans la moitié des cas d'influenza il survient de la toux aussitôt que la courbature a cessé ; cette toux est due à la tuméfaction et à l'allongement de la luette ; souvent aussi il y a amygdalite : les ganglions sont rarement atteints ; ce mal de gorge a rapidement cédé en général à l'emploi d'un gargarisme au salicylate de soude.

Mc C. Morris a également noté la grande fréquence des angines avec inflammation vive des amygdales, de la luette, des piliers ; tous les jours l'intensité du mal varie sur les différents points atteints et l'antisepsie de la bouche et de la bouche et de la gorge n'a pas la moindre influence sur la marche de l'angine, qui s'éteint quand la température revient à la normale.

Alfred Rawlings (p. 584) dit que le remède spécifique contre l'influenza paraît être le salicylate de soude, que l'auteur donne à hautes doses, 1 gr. 20 centigrammes environ toutes les deux ou trois heures ; en général trois ou quatre doses suffisent pour amener la sédation de tous les phénomènes morbides ; c'est en constatant l'analogie des symptômes de l'influenza et de rhumatisme aigu que l'auteur a été conduit à recourir au salicylate.

Suivant John Ferry (p. 530), dans le cours de l'épidémie actuelle d'influenza le mal de gorge est très fréquent, le voile du palais, le pharynx, l'une des amygdales ou les deux sont

rouges foncé et secs, la luette très allongée, la déglutition est peu ou pas douloureuse ; la langue, chargée au début de squame ensuite à la pointe et sur les bords ; le mal de gorge a souvent duré deux ou trois semaines.

J. M. Jollye (p 698), dit que l'épidémie d'influenza à Alresford est également caractérisée par la présence constante d'une angine avec luette œdémateuse et d'un rouge foncé ; dans presque tous les cas il y a une toux sèche et fatigante, qui augmente dans le décubitus ; l'angine est en général indolente.

M. N. W.

Tuberculose du pharynx, par Harrison Griffin. (*N. Y. med. journ.* 16 février 1895).

Cas intéressant de tuberculose du pharynx a début insidieux, par une pharyngite folliculaire à petits points d'un gris blanchâtre. Malgré l'intensité de la fièvre, le malade continua à mener une vie très active presque jusqu'au bout. De tous les médicaments essayés, la créosote se montra le plus efficace contre la fièvre. La pharyngite sembla bien être la première localisation tuberculeuse. La mort survint, comme le plus souvent dans les cas analogues, en quatre mois. A. F. PLICQUE.

Adhérences et rétrécissements pharyngiens et laryngiens dans la syphilis, par Heymann. (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.* Tome VIII, n° 2, p. 63. Mars-avril 1895).

Les rétrécissements syphilitiques du pharynx sont toujours le résultat d'ulcérations gommeuses : H. n'admet pas de syphilome infiltré assez épais pour produire cette sténose. Les rétrécissements du rhino-pharynx ont deux sièges de prédilection : immédiatement derrière les choanes et à la limite du pharynx buccal. Il a toujours vu ces formations cicatricielles être circulaires : jamais de brides droites assez importantes pour dissocier le naso-pharynx.

Bien plus fréquentes sont les synéchies entre le voile du palais et le pharynx. Dans la plupart des cas observés par l'auteur la synéchie était asymétrique : on y voyait une perforation centrale accompagnée de petites lacunes latérales.

Le pharynx buccal proprement dit ne présente jamais de sténose : au contraire, on en trouve souvent à la partie inférieure du pharynx, avec ouverture centrale variant du diamètre du

pouce à celui d'un porte-plume. La déglutition est très entravée : les malades mettent deux à trois heures à avaler leur repas. Par contre, il y a peu de dyspnée, l'organisme s'accommode très bien au rétrécissement lent des voies respiratoires.

Les sténoses laryngiennes sont beaucoup plus fréquentes : ici, étant donné l'étroitesse naturelle du larynx, d'autres causes que les ulcérations gommeuses peuvent donner naissance à la sténose : ainsi les infiltrations diffuses, ainsi l'arthrite syphilitique crico-aryténoïdienne. La plupart des adhérences laryngées ont une disposition à peu près horizontale, le plus souvent situées au niveau de la glotte, plus rarement au niveau des cordes vocales supérieures.

L'adhérence prend naissance au niveau de la commissure antérieure et s'avance peu à peu : toujours à la partie postérieure de la glotte reste un orifice de dimension variable.

Au point de vue de la thérapeutique des rétrécissements, H. a obtenu les meilleurs résultats de la dilatation progressive. La pince coupante donne des succès dans les sténoses pharyngées ; naturellement, on ne peut l'employer dans les sténoses laryngées qu'après avoir pratiqué la trachéotomie. D'ailleurs, la difficulté n'est pas de dilater le rétrécissement, mais de maintenir la dilatation. M. LERMOYEZ.

Ablation d'une tumeur vasculaire du naso-pharynx par J. B. Weth (de New-York) (*Medical record*, 1er juin 1895).

Le plan suivi pour l'ablation de cette tumeur énorme et prodigieusement vasculaire comporta deux côtés originaux : 1° la résection du maxillaire supérieur ne fut faite qu'à titre temporaire et l'os fut replacé et suturé, aussitôt la tumeur qui s'étendait vers l'antre d'Highmore, la fente sphéno-maxillaire et ptérygo-maxillaire enlevée ; 2° pour parer à l'hémorrhagie on plaça dès le début de l'opération une canule dans la veine médiane céphalique et on tint tout près une certaine quantité de sérum artificiel. Ce sérum fut injecté au cours de l'opération qui dura plus d'une heure et demie. On en injecta en cinq fois deux litres et demi. La réunion de la plaie fut parfaite malgré l'ostéoplastie. Guérison qui paraît durable. A. F. PLICQUE.

Compte-rendu et considérations sur le service « Croup et angine diphthérique » à l'Hôpital civil de Vérone, 1894, par le Dr C.

Corradi (Extrait du supplément du *Policlinico di Roma* année I, n° 12).

L'auteur a traité, pendant l'année 1894, 17 cas dont 9 hommes et 8 femmes. Il a eu 10 guérisons et 7 morts. Il a fait 8 fois la trachéotomie avec 4 guérisons et 4 morts.

Il commence par se déclarer entièrement partisan de la doctrine dualiste. Pour lui il y a encore le croup diphtérique, et le croup pseudo-membraneux a frigore ! Il appuie son opinion sur celle de Lennox-Browne.

La suite de ce rapport perd naturellement toute netteté et toute précision par suite de l'adoption de cette opinion pathogénique surannée. Sans rejeter absolument l'intubation, l'auteur essaie de démontrer la supériorité de la trachéotomie. Quant à la sérothérapie, il ne l'a pratiquée que trois fois ! Les conclusions de l'auteur ne sont pas basées sur un nombre suffisant de faits et sa conception du croup leur enlève toute valeur.

H. DU F.

Prothèse laryngo pharyngée, par Péan (*Acad. de médecine*, séance du 22 janvier 1895.)

P. présente un malade auquel il a enlevé le larynx et la partie attenante de l'œsophage et du pharynx pour un cancer de la moitié gauche du larynx. Pour combler l'énorme perte de substance qui résultait de cette ablation, tout en maintenant la perméabilité de l'œsophage et de la trachée, il a fait construire un appareil prothétique permettant à la fois d'émettre des sons vocaux, de respirer par les fosses nasales et de faire passer les boissons et les aliments liquides de la bouche dans l'estomac.

M. LERMOYEZ.

IV. — *LARYNX ET TRACHÉE*

Contribution à l'étude de la phtisie laryngée, par R. Lake, de Londres (*Am. journ. of. med. sc.*, n° 4, 1895).

D'après les examens auxquels il s'est livré sur de petites portions enlevées dans des larynx tuberculeux, l'auteur pense que les ulcérations ne sont pas primitivement tuberculeuses. Les microbes des premières voies respiratoires pénétreraient à travers

les couches de l'épithélium et y détermineraient de petits abcès. Après leur ouverture ils s'infecteraient secondairement par le bacille de Koch. Il recommande de toucher ces ulcérations avec les antiseptiques et les caustiques (acide chromique, lactique).

M. LS.

Epithélioma pavimenteux lobulé du larynx, par BRINDEL. (*Société d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 10 avril 1895).

L'auteur présente des coupes microscopiques faites sur un épithélioma pavimenteux lobulé du larynx apparu sur la bande ventriculaire droite, en un point où il existe normalement de l'épithélium cylindrique. A ce propos M. Coyne fait remarquer qu'à ce niveau il existe beaucoup de glandes et que la tumeur est peut-être un adénome. G. LAURENS.

Périchondrite des cartilages laryngés, par P. AMBLER (*New-York med. journal*, 4 mai 1895).

Dans la période aiguë de la maladie, A. conseille un traitement local et général actif : sac de glace à l'extérieur, ingestion de morceaux de glace, sangsues, cocaïne dans le larynx, cathartiques, iodure de potassium donné de bonne heure et continué longtemps. Si la dyspnée rend la trachéotomie nécessaire, il faut faire l'incision aussi haut que possible, une incision élevée permettant plus facilement l'ouverture d'un abcès ou l'évacuation d'un séquestre.

Les séquestres, quand ils se forment, doivent être extraits aussitôt que possible. Leur présence est en effet un stimulant à la formation de tissu fibreux et par suite une cause de sténose.

Les adhérences doivent être surveillées soigneusement, sectionnées avec le bistouri intralaryngé, dilacérées avec le dilatateur. Parfois il sera nécessaire d'enlever des parties exubérantes à la curette, à la pince coupante ou à l'anse galvanique.

A. F. PLICQUE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCE

Oreille.

A. Courtade. Anatomie, physiologie et séméiologie de l'oreille (Un vol. de 207 pages de la bibliothèque médicale Charcot-Debove, reliure peau souple, Rueff, éditeur, Paris 1894).

Charlier. Otite grippale avec paralysie faciale (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 mai 1894).

G. Fournier. Des accidents déterminés par la perforation du lobule de l'oreille (*Journ. des mal. cutanées et syphil.*, juin 1894).

P. Bonnier. Orientation auditive (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, avril 1894).

Jany. Du rapport des maladies de l'oreille moyenne avec les affections du rhino-pharynx (*Thèse* de Paris, juillet 1894).

Itard. Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron ; l'idiotie et la surdité, avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve, Eloge d'Itard par Bousquet. Préface par Bourneville (In-8° de 200 pages. au Progrès méd., Paris, 1894).

Ledouble. Malformation des muscles de l'oreille (*Journ. de l'anat.*; n° 1, 1894).

Ducellier. Le traitement de la phlébite du sinus latéral d'origine auriculaire par le curettage de ce sinus (*Thèse* de Paris, juillet 1894).

Guillaume. Corps étranger de l'oreille (Soc. de méd. de Reims, 6 juin ; in *Union méd. du Nord-Est*, juillet 1894).

E. Rochon. Chancre induré du lobule de l'oreille (*Médecine moderne*, 21 juillet 1894).

H. Kucharzewski. Un cas d'abcès du cerveau (*Progrès méd.*, 21 juillet 1894).

Coyne et **Cannieu.** Sur l'insertion de la membrane de Corti (Acad. des sciences, séance du 9 juillet 1894).

H. Mendel. Troubles réflexes produits par la présence de bouchons cérumineux (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 28 juillet 1894).

J. Ladreit de Lacharrière et **A. Castex.** Indications et contre-indications du traitement marin dans les affections des oreilles, du nez et du larynx (Congr. d'hydrothérap. marine, Boulogne-sur-Mer, 27 juillet ; *France méd.*, 3 août 1894).

Hermet. De l'eczéma du conduit auditif externe (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, mai 1894).

A. Jouslain. Surdité et cécité du côté droit survenus chez le coiffeur Mauric, consécutivement à un coup de revolver qu'il reçut en

pleine poitrine de l'anarchiste Henry ; présentation du malade (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, mai 1894).

Guément. Otorrhée rebelle datant de 1888, nécrose du limaçon ; opération de Stacke ; guérison (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, juillet 1894).

F. J. Collet. Les troubles auditifs du tabes et la réaction électrique du nerf auditif (*Thèse* de Lyon, juillet 1894).

Chambellan. Otite moyenne scléreuse syphilitique (Ass. franç. pour l'avanc. des sciences, 23e session, Caen, août 1894).

Guyonet. Sur quelques cas de malformations des oreilles et de tumeurs congénitales de la région pré-auriculaire (*Thèse* de Bordeaux, juillet 1894).

A. Demmler. Coup de feu du conduit auditif externe. Fracture du rocher. Déchirure par contre-coup des circonvolutions temporales moyenne et inférieure. Lésions latentes. Considérations sur l'intervention comme moyen de diagnostic dans les coups de feu du crâne (*Gaz. des hôp.*, 30 août 1894).

Gellé. Du traitement des bourdonnements d'oreille (*Tribune méd.*, 30 août 1894).

Labit. Trois cas de maladie de Ménière. Traitement par les injections hypodermiques de pilocarpine (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er septembre 1894).

Bassouls. La lecture sur les lèvres (*La voix parlée et chantée*, septembre 1894).

E. Ménière. Observation d'un corps étranger du conduit auditif externe (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, juin-juillet 1894).

A. Courtade. Curseur indicateur pour cathéter de la trompe (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, juin-juillet, 1894).

A. Jouslain. Diapason électrique (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, juin-juillet 1894).

P. Bonnier. I. Centres vestibulaires corticaux. La pariétale ascendante. — II. Homologation morphogénique de l'oreille interne (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, juin-juillet 1894).

Thomas. Note sur le traitement de l'otite interne (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 septembre 1894).

Grand. De l'influence du climat sur les affections auriculaires et naso-pharyngiennes (*Lyon méd.*, 30 septembre 1894).

E. Chappet. Notice historique sur l'instruction des sourds-muets (*Lyon méd.*, 16, 23 et 30 septembre 1894).

A. Broca. Abcès du cerveau et méningite consécutifs à des suppurations de l'oreille moyenne (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 14, juillet 1894).

Vidal. Collection vermineuse (ascaries) développée dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde et ouverte spontanément à l'extérieur (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 27 septembre 1894).

A. Courtade. Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille (Un vol. de 338 pages. A. Maloine, éditeur, Paris, 1895).

Marinesco. Origine des fibres vaso-motrices du nerf grand auriculaire chez le lapin (*Archives de pharmacodynamie*, no 1, 1894).

A. Broca. 87 trépanations de l'apophyse mastoïde (Congrès français de chir., Lyon, octobre 1894).

Mignor. Abcès otique du cerveau (Soc. de chir. de Paris, séance du 17 octobre 1894).

C. Hennebert. A propos d'un cas d'otite moyenne aiguë (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er novembre 1894).

E. B. Dench. Utilité des opérations sur l'oreille moyenne pour améliorer la fonction de l'ouïe (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er novembre 1894).

P. Garnault. Les interventions opératoires et leurs indications dans les affections du récessus épitympanique et de la région mastoïdienne (*Clinique française*, 25 octobre et novembre 1894).

Gellé. Torticolis *ab aure læsa* (Congrès de méd. interne, Lyon, octobre 1894).

Laricq. Du traitement des suppurations mastoïdiennes (Thèse de Paris, novembre 1894).

Leriche. Trépanation du rocher pour balle de revolver (8e congrès français de chir., Lyon, octobre 1894).

R. Le Fort. Un signe nouveau de certaines fractures de la base du crâne ; otorrhagie croisée (*Gaz. des hôp.*, 27 novembre 1894).

J. Collet. Contribution à l'étude pathogénique des troubles auditifs du tabes, (*Progrès méd.*, 8 décembre 1894).

A. Barbier. Corps étrangers de l'oreille (*Journ. de clin. et thérap. infantiles*, 13 décembre 1894).

Hermet. Contribution à l'étude de la syphilis de l'oreille (Soc. franç. de derm. et syphil., 13 décembre 1894).

Cocheril. Essai sur la restauration du pavillon de l'oreille (*Thèse* de Paris, décembre 1894).

H. Burger. Otoplastie dans les malformations congénitales du pavillon (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 novembre 1894).

L. Picqué. Complications cérébrales de l'otite moyenne. Rapport sur une observation de Mignon (Soc. de chir. de Paris, séance du 19 décembre 1894).

M. Bleyer. Cécité acoustique et l'éducation de l'oreille : 1° en tant qu'agent pratique dans l'étude de l'acoustique ; 2° avec remarques préparatoires à l'éducation de la voix et à l'étude de la musique (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 novembre 1894).

Gérard-Marchant. Abcès cérébraux d'origine otique (Soc. de chir. de Paris, séance du 26 décembre 1894).

L. Picqué. L'otite et les abcès encéphaliques (Soc de chir. de Paris, séance du 2 janvier 1895).

H. Saint-Martin. De la voie préauriculaire dans les interventions sur le conduit auditif et le rocher (*Thèse* de Lyon, décembre 1894).

P. Bonnier. Tension normale des liquides labyrinthiques et céphalo-rachidiens (*Comptes rendus hebd. des séances de la soc. de biol.*, 4 janvier 1895).

F. J. Collet. Les troubles auditifs du tabes (*Presse méd.*, 12 janvier 1895).

C. Bonthoux. De l'étiologie otique de certains cas de paralysie faciale dite *a frigore* (*Thèse* de Lyon, décembre 1894).

H. Dor. Sclérodermie du pavillon de l'oreille (Soc. des sc. méd. de Lyon ; in *Lyon méd.*, 20 janvier 1895).

Pierre. De la nature des maladies dites scrofuleuses des yeux, des oreilles, du nez, du pharynx et de leur traitement au bord de la mer à Berck (*Thèse* de Paris, janvier 1895).

P. Bousquet. Deux cas de déchirure du tympan simulant une fracture du crâne (*Arch. clin. de Bordeaux*, décembre 1894).

Hermet. De l'eczéma du conduit auditif (Soc. méd. de l'Elysée, 3 décembre 1894 ; in *Journ. de méd. de Paris*, 27 janvier 1895).

Mayet. Quelques considérations sur le développement du conduit auditif externe (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 26, décembre 1894).

P. Bonnier. Sur l'inertie des milieux auriculaires (*Comptes rendus heb. des séances de la soc. de biol.* 8 février 1895).

A. Courtade. Phlyctènes hémorrhagiques du tympan et du conduit auditif externe (*Journ. de méd. de Paris*, 17 février 1895).

A. Boyer. La méthode auriculaire dans l'enseignement des sourds-muets ; traitement pédagogique de la surdité (*La voix parlée et chantée*, janvier 1895).

P. Garnault. Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher ? (*Comptes rendus hebd. des séances de la soc. de biol.*, 22 février 1895).

H. Luc. Présentation d'un malade opéré d'ouverture attico-mastoïdienne pour une ostéite fongueuse ancienne avec application de lambeaux cutanés sur la brèche osseuse (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, janvier-février 1895).

P. Bonnier. I. Le limaçon membraneux considéré comme appareil enregistreur. — II. Fonctions de la membrane de Corti (*Comptes rendus hebd. des séances de la soc. de biol.*, 1er mars 1895).

P. Garnault. Précis des maladies de l'oreille (In-12 cartonné diamant tranches rouges de 550 pages, avec 173 figures dans le texte, O. Doin, éditeur, Paris 1895).

Pauchet. Du traitement des furoncles du conduit auditif (*Thèse* de Paris, mars 1895).

Souza-Leite. Des polypes de l'oreille et de leur traitement (*Thèse* de Paris, mars 1895).

A. Broca et **F. Lubet-Barbon.** Des suppurations mastoïdiennes et de leur traitement (In-8° de 260 p. G. Steinheil. Paris, 1895).

P. Hélot. Fréquence de la surdité dans les écoles (*Normandie méd.*, 15 mars 1895).

X. Planat. Du syndrôme de Ménière chez les jeunes sujets (*Thèse* de Lyon, janvier 1895).

P. Mermet. Fibro-chondrôme calcifié du pavillon de l'oreille (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 27, décembre 1894).

Cocheril. Vaisseaux du pavillon de l'oreille (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 2 mars 1894).

Villar. Deux cas de surdité consécutive aux oreillons (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 3 février 1895).

P. Garnault. Anatomie chirurgicale du temporal (*Gaz. méd. de Paris*, 6 avril 1895).

Malherbe. L'évidement pétro-mastoïdien dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne (*Thèse* de Paris, avril 1895).

G. Bacon. Cas d'otite moyenne suppurative aiguë et d'affection mastoïdienne compliqué de glycosurie et de ce qu'on appelle un érysipèle « blanc » occupant le cuir chevelu. Opération. Guérison (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 avril 1895).

A. Courtade. Prophylaxie des maladies de l'oreille (Congrès des soc. sav. Paris, avril 1895).

Daleine. Des paralysies faciales otitiques et de leur traitement chirurgical (*Thèse* de Paris, mai 1895).

M. Gangolphe et **Siraud**. De la voie préauriculaire dans les interventions sur le conduit auditif et le rocher (*Rev. de chir.*, 10 avril 1895).

Marchal. Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne (*Thèse* de Paris, mai 1895).

A. Courtade. Traitement des corps étrangers de l'oreille (*Bull. gén. de thérap*, 30 avril 1895).

C. Miot et **Herck**. Traitement des bourdonnements d'oreilles (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 1er mai 1895).

H. Luc. Résultat d'une statistique de treize cas d'ouverture large des cavités de l'oreille pour la cure radicale d'otorrhées rebelles (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 2 mai 1895).

Vacher. Note sur un cas d'otite moyenne double avec complication de délire furieux (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 2 mai 1895).

E. Dasque. Deux cas de surdité consécutive aux oreillons (*Bull. et mém. de la soc. d'opht. lar. otol. et rhin. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, novembre et décembre 1894).

F. Mounier. I. De la synergie auriculaire exagérée. — II. De l'électrisation dans certaines affections auriculaires (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 et 4 mai 1895).

M. Lannois. Rupture du tympan chez un pendu (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

Lacoarret. Cholestéatome de l'oreille moyenne. Trajet fistuleux. Vertige de Ménière (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

Hamon du Fougeray. Du tamponnement méthodique du conduit auditif externe par la gaze iodoformée comme mode de pansement dans les affections inflammatoires de l'oreille et spécialement dans les suppurations de la caisse du tympan (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

Gellé. Des œdèmes phlegmoneux sous-cutanés pré-auriculaires (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 4 mai 1895).

M. Lermoyez et **F. Helme.** De l'asepsie en otologie, rhinologie et laryngologie (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 4 mai 1895).

Molinié et **Dauriac**. Un cas d'otorrhagie double au cours de la fièvre typhoïde (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 4 mai 1895).

Augiéras. Bourdonnements d'oreilles d'origine synesthésique (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 4 mai 1895).

A. Royer. Du traitement des maladies chroniques de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx au moyen de l'eau minérale de Challes (Broch. de 40 p. Impr. Savoisienne, Chambéry, 1895).

P. Bonnier. Rapports entre l'appareil ampullaire de l'oreille in-

terne et les centres oculo-moteurs (*Comptes rendus hebd. de la soc. de biol.*, 17 mai 1895).

Cannieu. Recherches embryologiques sur le nerf auditif des poissons osseux (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 mai 1895).

Leloir. Du rôle joué par les agents de la suppuration dans les déchirures du lobule de l'oreille chez les malades porteurs de boucles d'oreilles (*Nord médical*, 1er avril 1895).

Anderodias. Contribution au traitement chirurgical des otites chroniques suppurées rebelles par l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne (*Thèse* de Paris, juillet 1895).

NOUVELLES

Ve Congrès International d'Otologie de Florence.

(23 au 26 septembre 1895.)

Le 5e Congrès International d'Otologie de Florence a remporté le plus grand et le plus franc succès malgré la courte distance qui le séparait du Congrès International de médecine de l'année 1894 à Rome, et qui aurait pu faire craindre un échec. Près de cent membres ont répondu à l'appel du Prof. V. Grazzi et des membres du comité d'organisation. Les communications ont été nombreuses et quelques unes offraient un intérêt très réel ; nos lecteurs pourront, du reste, apprécier le mérite de ces communications d'après le compte rendu in-extenso que nous publierons avant la fin de l'année et dont a bien voulu se charger notre savant ami, le Prof. Gradenigo. La plus grande cordialité a régné dans cette assemblée et la ville de Florence a bien voulu s'associer officiellement aux réceptions qui ont été faites aux membres du Congrès ; le Prof. Grazzi et sa très charmante femme ont fait aux Congressistes et à leurs familles un accueil splendide dans le vieux et fastueux palais de Peruzzi qu'habite notre confrère. A. G.

Le Monument de Wilhelm Meyer.

Comme le faisait pressentir la notice que nous avons publiée les premiers en France, une souscription est ouverte pour élever à la mémoire de ce grand médecin, l'inventeur des végétations adénoïdes, le monument digne de cette importante découverte dont nous n'avons plus apprécier les bienfaits. Ce sont, avons-nous dit, les médecins anglais qui ont pris l'initiative, à la réunion de leur association en 1895, de ce mouvement, à la tête duquel nous voyons le nom de F. Semon Le Dr Semon s'est entendu avec quelques-uns de ses amis pour organiser dans

les autres pays des souscriptions analogues et c'est en France, le Dr Moure qu'il a choisi pour centraliser les sommes souscrites à cet effet. Notre confrère de Bordeaux a nommé dans ce but une commission de quelques membres et a demandé à un des directeurs des *Annales*, M. le Dr Lermoyez, de vouloir bien être le trésorier de la souscription française. Ainsi, ceux de nos lecteurs qui voudront s'associer à cette œuvre voudront bien envoyer leur souscription à M. le Dr Lermoyez, 20 bis, Rue de la Boétie. Les noms des souscripteurs seront publiés à l'article *Nouvelles* de notre publication.

A. G.

VIe Congrès International d'Otologie.

Le VIe Congrès International d'Otologie se réunira à Londres en 1899. le comité International d'Organisation est composé ainsi qu'il suit.

Allemagne.

Lucae et Hartmann (Berlin), Bezold (Munich), Kirchner (Würzbourg), Brieger (Breslau).

Amérique.

C. J. Blake et Orne Greene (Boston), A. H. Buck, H. Knapp, et St John Roosa (New-York), L. Turnbull, A. B. Randall et C. H. Burnett (Philadelphie), G. Holmes (Chicago), W. H. Daly (Pittsburgh), Berkan (San-Francisco), A. W. de Roaldès (Nouvelle Orléans).

Angleterre.

Ballance, A. E. Cumberbatch, Sir William Dalby, G. P. Field, Dundas Grant, T. Mark Hovell, U. Pritchard W. L. Parnes, Saint Clair Thomson (Londres), Cresswell Baber (Brighton), T. Barr (Glasgow), A Bronner (Bradford), J. W. Browne (Belfast), Fitzgerald (Dublin), P. Mac Bride (Edimbourg), W. Pierce (Newcastle) et Stone (Liverpool).

Autriche-Hongrie.

Politzer (Vienne), Morpurgo (Trieste), Zaufal (Prague) Bœke et Szenes (Budapest).

Belgique.

Delstanche, Capart, Hicguet et Goris (Bruxelles); Delie (Ypres), Schiffers (Liège), Eeman (Gand).

Danemark.

Schmiegelow et H. Mygind (Copenhague).

Espagne.

Sune y Molist, R. Botey et Verdos (Barcelone) Gonzales Alvarez et Urunuela (Madrid), R. de la Sota y Lastra (Séville), Moresco (Cadix), Casanova (Valence).

France.

Gellé, Gouguenheim, Lubet-Barbon, Baratoux, Ménière, Lermoyez et Helme (Paris), Lannois (Lyon), Moure (Bordeaux), Noquet et Wagnier (Lille).

Hollande.

Guye et Zwaardemaker (Amsterdam), Van Hoek (Nimègue), Moll (Arnheim).

Italie.

Grazzi (Florence), Gradenigo (Turin), de Rossi, Ferreri et Chiucini (Rome), Cozzolino (Naples), Avoledo (Milan), Secchi (Bologne), Masini (Gênes), Brunetti et Putelli (Venise), Corradi (Vérone), Bobone (San Remo).

Russie et Pologne.

Ruhlmann (Saint-Pétersbourg), Stepanov et de Stein (Moscou), Benni (Varsovie).

Suède.

Swanberg et Ceterblad (Stockholm).

Suisse.

Secrétan (Lausanne), Rohrer (Zürich) Colladon (Genève).

Aucun concurrent ne s'étant présenté pour le *prix Lenval*, il a été décidé de modifier le règlement du Concours ; les intérêts des 3,000 fr. accumulés d'un Congrès International otologique à un autre seront attribués à l'auteur du plus grand progrès apporté au traitement pratique des affections auriculaires dans ce laps de temps et à l'auteur d'un nouvel appareil portatif destiné à améliorer notablement l'ouïe des malades.

Le Prof. Barth, de Marbourg, a accepté la chaire de Laryngo-otologie de l'Université de *Breslau*.

Le Congrès français de Chirurgie s'est réuni à Paris le 21 octobre dernier. Parmi les communications inscrites au programme, nous citerons :

Traitement des tumeurs du corps thyroïde, par Tillaux (Paris). Sur la laryngotomie, par Périer (Paris). Des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Broca (Paris). Sur un cas de rhinoplastie, par Jonnesco (Bucarest). Deux cas d'ostéome du conduit auditif, par Moure (Bordeaux).

Nous lisons dans les *Archiv. f. Ohrenheilkunde* que depuis le mois de Janvier 1895 il existe une chaire d'*Oto-rhino-laryngologie* à Christiana et qu'elle a été confiée au Prof. extraordinaire Uchermann.

Celui-ci vote et siège à la Faculté de Médecine, mais il ne fait pas passer d'examens.

Le Congrès Italien de Médecine Interne s'est tenu à Rome à la fin d'Octobre. Nous trouvons à l'ordre du jour :

Sur l'étiologie de la maladie de Basedow, par Silva. Recherches cliniques et expérimentales sur la toxine et l'antitoxine diphtéritique, par Zagari et Calabrese. Contribution à l'étude des troubles vaso-moteurs de la maladie de Basedow, par Queirolo et Cavazzani. Une série de cas de diphtérie traités par la sérothérapie par Mya.

Le Président du Ve Congrès International d'Otologie, notre excellent ami Grazzi, de Florence, vient d'être nommé *Professeur extraordinaire* d'Oto-rhino-laryngologie à l'Université de Pise.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Sur le prolapsus du ventricule de Morgagni, par O. Chiari (Tirage à part de la *Wiener klin. Woch.* No 27, 1895).

Autoscopie des voies aériennes, par A. Kirstein (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.* No 38, 1895).

Sur la toux auriculaire, par M. Breitung (Tirage à part de la *Deuts. med. Zeit.* N° 60, 1895).

Suppuration nasale, par M. Bresgen (Tirage à part à la *R. Encyclop. der gesamm. Heilk.* 1895).

Clinique des maladies du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles, rue Gastelier, 57, au Mans; 1re année du 16 juillet 1894, au 16 juillet 1895 Statistique, par Hamon du Fougeray (Impr. E. Monnoyer, Le Mans, 1895).

Cours complémentaire d'Oto-rhino-laryngologie de l'Université de Pise. Leçon de clotûre de l'année scolaire 1894-95 par V. Grazzi (Extrait de l'*Arch. intern. delle spec. med. chir.* fasc. VIII, août 1895).

Etudes cliniques sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie ; leur pratique et enseignement actuels on Europe. Fasc. IV. Oto-rhino-laryngologie en Angleterre par R. Botey. (Vol. de 418 pages. Impr. N. Moya. Madrid, 1895).

Essai sur la distribution géographique de la surdi-mutité en Italie. par A. d'Agnauno (Extrait du *Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, N° 5, 1895).

Aphonie et surdité hystérique, par A Trifiletti (Extrait de l'*Arch. ital. di otol. rin. e lar.* juillet 1895).

Recherches expérimentales sur la physio-pathologie des nerfs laryngés inférieurs, par A Trifiletti (Extrait des *Arch. ital. di lar.* fasc. 3, 1895).

Des pharyngites chroniques et de leur traitement par le phénol sulforiciné, par V. Blondiau (Broch. de 12 pages. O. Doin éditeur, Paris 1895).

Un cas de myxœdème avec ascite traité par l'extrait thyroïdien, par Godart Danhieux (Extrait du *Journ. de la soc. royale des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, N° 28, 1895).

Discours lu par le Prof. V. Grazzi à l'inauguration du Ve Congrès International d'Otologie de Florence (Tipog. Cooperative Florence, 1895).

Surdité labyrinthique et surdité verbale. Contribution clinique à l'étude de l'aphasie sensorielle sous-corticale ainsi que des troubles de la parole chez les sourds-muets entendants, par C. S. Freund (Un vol. de 115 pages, prix 3 m. 60, J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden 1895).

Les affections tuberculeuses de l'oreille d'après 39 autopsies de Bezold, par. J. Hegetschweiler. (Un vol. de 153 pages, prix 4 m. 60, J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1895).

Sur un nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle en oto-rhinologie. Contribution à l'étude physiologique de cet anesthésique, par V. Texier (Broch. de 95 pages, G. Steinheil éditeur, Paris 1895).

Sur les manifestations auriculaires de l'hystérie, par G. Gradenigo. (Un vol. de 265 pages avec diagrammes dans le texte, prix 6 fr. Unione. Tipog. Edit. Turin 1895).

Quelques néeoplasmès laryngiens intéressants, par W. F. Chappell (Extrait du *Manhattan eye and ear hosp. reports*, janvier 1895).

Le Gérant : G. Masson.

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. DESTENAY BUSSIÈRE FRÈRES

Tome XXI. — N° 12. — Décembre 1895.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

UN CAS DE RHINITE PURULENTE AIGUE PRIMITIVE INFANTILE A STAPHYLOCOQUES, GUÉRIE PAR L'EMPLOI DE L'HUILE MENTHOLÉE AU 10e.

Par le Dr **HAMON DU FOUGERAY** (du Mans).

On trouvera dans la thèse de M. le Dr Dedieu (Contribution à l'étude clinique de la rhinite purulente infantile, Paris, février 1895), un exposé très complet de cette affection. Il me semble donc inutile d'entrer, à ce sujet, dans des détails qui ne seraient qu'une répétition.

Cependant un point reste encore obscur dans l'histoire pathologique de cette rhinite : c'est son étiologie.

Voici les conclusions du Dr Dedieu :

« Résumant notre opinion sur l'étiologie de la rhinite purulente des nouveaux-nés et des enfants, nous disons :

« 1° Il y a de fortes présomptions pour que la rhinite purulente soit de nature blennorrhagique comme l'ophthalmie purulente.

« 2° Il est probable que d'autres agents septiques que le gonocoque peuvent l'engendrer.

« 3° L'étiologie ne pourra être scientifiquement établie que par des recherches bactériologiques plus complètes que celles faites jusqu'à ce jour ».

D'autre part, les auteurs qui ont traité cette question ont des opinions différentes. Les uns admettent l'origine blennorhagique, au moins dans la grande majorité des cas, les autres, comme Moldenhauer et Moure, se montrent plus réservés. Enfin le Dr Tissier (Des rhinites aiguës chez le nouveau-né et chez l'enfant. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* janvier 1894), divise les coryzas aigus en trois classes :

1° Coryza aigu simple.

2° Coryza pseudo-membraneux.

3° Coryza purulent blennorrhagique.

L'origine blennorrhagique de la rhinite aiguë purulente primitive lui paraît donc démontrée.

En lisant attentivement ces divers travaux, on verra que l'on n'a pas suffisamment insisté sur un point tout spécial de cette étiologie.

A mon avis, il faut distinguer la rhinite aiguë purulente primitive (car il n'est pas ici question des rhinites secondaires) qui survient immédiatement après la naissance ou dans les dix premiers jours, de celle qui n'apparaît que plus tard. Si l'on veut attribuer une même cause à l'ophthalmie purulente et à la rhinite purulente, il faut se placer dans les mêmes conditions d'infection possible aussi bien pour l'une que pour l'autre. J'estime donc qu'il y a lieu de diviser les cas de rhinite purulente en deux grandes classes :

1° Ceux qui surviennent dans les premiers jours après la naissance.

2° Ceux qui surviennent à une époque ultérieure.

Ainsi posé, le problème à résoudre est donc de savoir si la rhinite purulente de l'enfant qui vient de naître, et qui se manifeste dans les dix premiers jours de la vie, est réellement toujours *blennorrhagique* ; et, de plus, de rechercher si, à un âge plus avancé, l'enfant qui est atteint de rhinite purulente a toujours été victime d'une contamination par le gonocoque quelle qu'en soit la source.

Ce problème ne saurait être résolu que par l'examen bactériologique pratiqué dans un grand nombre de cas. C'est pour cette raison que j'ai cru utile de publier l'observation suivante :

OBSERVATION.— L'enfant qui fait l'objet de cette observation, est un petit garçon de 13 mois, bien portant jusqu'à cet âge. Il a été élevé au biberon sans tube avec beaucoup de soin. Le père et la mère jouissent d'une bonne santé et ne présentent rien de particulier à signaler.

Je vis cet enfant le 28 juillet 1895 pour la première fois. Il est tombé malade le 1er juillet et sa mère en attribue la cause à

un refroidissement. Dès le début le nez a été pris, et dans les premiers jours on pensa à un coryza simple ; mais la sécrétion devint purulente, s'écoulant continuellement par les narines, retombant dans la gorge et provoquant des vomissements fréquents. La fièvre est survenue. L'enfant ne peut plus s'alimenter depuis plusieurs jours et présente des symptômes d'athrepsie qui font craindre une issue fatale. C'est dans ces conditions que, voyant l'inefficacité d'un traitement antérieur, les parents me font appeler.

A mon premier examen je trouve l'enfant considérablement amaigri. La température est de 40°. Il s'écoule du nez un jetage très abondant jaune verdâtre, épais, à odeur fade. La respiration nasale ne peut plus se faire et l'enfant, en respirant par la bouche, fait entendre un bruit tellement intense qu'on peut le percevoir dans toute la maison. Ce ronflement (*Snuffle* des Anglais) existe jour et nuit. Depuis plusieurs jours les vomissements, qui suivent chaque prise d'aliments, n'ont pas cessé. Peu ou pas de sommeil ; accès de dyspnée pendant la nuit. Etat général incontestablement grave.

L'examen rhinoscopique antérieur montre les lésions habituelles de la rhinite purulente. Des deux côtés, la muqueuse des cornets est d'une couleur vineuse, considérablement gonflée, et s'accole à celle de la cloison qui offre les mêmes altérations.

La bouche constamment ouverte est sèche, la soif est ardente. On aperçoit sur la paroi postérieure du pharynx une traînée de pus que l'enfant déglutit. Les ganglions du cou sont engorgés. Il n'y a pas de complications viscérales.

Je prescrivis l'usage de l'huile mentholée au 10° en badigeonnages du nez et du pharynx répétés cinq à six fois par jour. Dès le lendemain le ronflement devenait moins intense, et, chose importante, les vomissements s'arrêtaient.

Au bout du quatrième jour la respiration nasale devenait possible, et le jetage purulent se modifiait et n'était plus aussi abondant. Au bout du huitième jour l'amélioration était telle que l'on pouvait considérer l'enfant comme hors de tout danger. Le traitement local à l'huile mentholée au 10° fut continué encore pendant dix jours.

A l'intérieur on administra le sirop de raifort iodé et le sirop de biphosphate de chaux. A la fin d'août l'enfant avait repris son état normal.

L'examen bactériologique du jetage, pratiqué dès le début

avant tout traitement local, a permis de reconnaître que les microbes pathogènes étaient le *staphylococcus albus* et le *staphylococcus aureus* associés. La recherche du gonocoque de Neisser a été négative, soit à l'examen direct avec coloration par la liqueur d'Ehrlich, soit par le procédé de culture de Crivelli.

Voici donc un cas de rhinite purulente aiguë primitive, survenant chez un enfant de treize mois et causé par l'association des *staph. albus* et *aureus*. Tel est le fait.

En dehors de cette intéressante question étiologique, je me permettrai de signaler un symptôme sur lequel le Dr Dedieu ne me paraît pas avoir suffisamment insisté dans sa thèse. Ce symptôme, c'est le *vomissement*. Il n'en parle pas au chapitre de la symptomatologie, et ne fait que le signaler accidentellement en décrivant les formes de cette affection. Je pense, au contraire, que ce symptôme doit occuper une place importante dans l'exposé des troubles divers causés par cette rhinite. Il est même, à mon avis, plus à craindre que les troubles respiratoires. Le vomissement, qui, dans mon observation, se renouvelait après la moindre absorption de liquide, empêche l'enfant de s'alimenter, et tant qu'il existe, à ce haut degré d'intensité, il est permis de craindre que, par ce seul fait, la vie de l'enfant puisse être compromise. Je puis affirmer que si le vomissement avait duré encore quatre à cinq jours, cet enfant de 13 mois serait certainement mort.

Quant à ce qui regarde le traitement, on trouvera dans la thèse du Dr Dedieu et dans le travail du Dr Tissier, signalé plus haut, l'exposé des diverses médications qui ont été employées jusqu'à ce jour. Je ne m'en suis point servi, non pas que je pense que ces moyens ne peuvent pas guérir, mais parce que j'estime, après de nombreux essais, que l'emploi de l'huile mentholée au 10e, par sa facilité d'application, son innocuité, et son action prompte et toujours sûre me paraît être particulièrement recommandable dans les affections du rhino-pharynx, ainsi que je l'ai déjà signalé dans ce journal, à propos des rhino-pharyngites chroniques (*Annales des maladies de l'oreille, larynx, nez et pharynx*, n° 8, août 1895).

Depuis, l'expérience me démontre chaque jour que l'on peut

en retirer aussi les meilleurs résultats dans les cas aigus. L'observation précédente en est la preuve.

Dans la thérapeutique infantile surtout, il faut choisir des moyens simples et d'application facile. Les lavages du rhinopharynx chez l'enfant nouveau-né ou même plus âgé sont loin de présenter cette facilité, même faits par le médecin lui-même. Quant aux cautérisations au nitrate d'argent, par exemple, outre qu'elles sont douloureuses, on ne saurait les laisser pratiquer par des personnes étrangères.

Il n'en est pas de même pour l'huile mentholée ; son emploi, je le répète, est d'une grande simplicité, d'une innocuité parfaite, pouvant être laissé aux soins des parents dans la grande majorité des cas.

Quant à son efficacité, ceux de mes confrères qui voudront bien l'essayer pourront se convaincre par eux-mêmes de la réalité de mes affirmations.

II

OBSERVATION D'OCCLUSION DU CONDUIT AUDITIF ; OPÉRATION

Par le Dr A. **COURTADE**, ancien interne des hôpitaux.

Les occlusions membraneuses du conduit auditif externe sont ou congénitales ou acquises.

Tantôt la cloison siège à l'ouverture externe du méat, tantôt dans la région moyenne ou profonde de ce canal ; elle peut être mince, dépressible comme un diaphragme de l'épaisseur d'une feuille de papier bristol, ou, ce qui est bien plus fréquent, l'occlusion peut tenir à la réunion intime des parois opposées du conduit, dans une étendue plus ou moins considérable. Dans certains cas, l'occlusion est complète, absolue, mais, généralement, il existe encore un trajet étroit, quelquefois filiforme et irrégulier, qui fait communiquer la partie profonde du conduit avec l'extérieur. Ce vestige de canal, qu'il faut rechercher patiemment pour le trouver, a une grande importance pour établir l'étendue du rétrécissement et la direction du conduit qu'il s'agit de rétablir ; là se borne son rôle, car au point de vue physiologique il est insuffisant pour permettre l'issue des sécrétions épithéliales accumulées derrière l'obstacle, de sorte que les accidents de rétention sont aussi marqués que si l'occlusion était absolue.

Les accidents cérébraux provoqués par la rétention des sécrétions épithéliales du conduit, peuvent revêtir une forme grave, même en l'absence de toute suppuration de la caisse.

L'observation que nous publions en est un exemple et elle présente encore un certain intérêt par la réapparition de l'atrésie après plusieurs opérations successives.

Observation. — Il s'agit d'un enfant de 5 ans 1/2 qui vint au monde avec l'oreille droite décollée par le forceps ; il se forma alors un abcès qui fournit du pus pendant quatre mois.

Vers l'âge de un an l'enfant se plaint de l'oreille, il est pris de somnolence, qui cesse aussitôt qu'un nouvel abcès s'ouvre spontanément en bas et en arrière du pavillon. A cette époque la mère remarque que le conduit auditif est complètement obturé.

A 2 ans 1/2, l'abcès rétro-auriculaire n'est pas encore complètement guéri ; on fait alors, dans un hôpital, une première opération pour restaurer le conduit, mais l'occlusion ne tarde pas à se reformer ; quelques mois après, une deuxième opération est pratiquée, par le même chirurgien, sans plus de succès.

Enfin une troisième opération est faite en mars 1893 à l'hôpital, où l'enfant séjourne pendant 3 mois ; à sa sortie, le conduit déjà très étroit, ne tarde pas à se refermer graduellement, dès qu'on a cessé les pansements.

En octobre 1894, l'enfant est amené à la consultation de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière ; depuis 15 à 20 jours, il ne dort plus et se plaint de violents élancements dans l'oreille droite.

A l'examen, on constate, en relevant le tragus, que l'entonnoir formé par la conque et le conduit auditif se termine en cul-de sac ; sur le moulage de l'oreille, pratiqué avant l'opération, la cloison est à 15 millimètres en dedans du tragus.

Dans la partie postéro inférieure et à la périphérie de cette cloison, nous trouvons un pertuis très étroit, qui n'admet que l'extrémité très fine d'un stylet non boutonné ; cet orifice conduit dans un canal sinueux qui a 7 à 8 millimètres de longueur ; nous indiquerons plus loin comment nous avons pu apprécier la longueur de ce canal et par conséquent dans quelle étendue les parois du conduit étaient soudées.

Pour empêcher une récidive de l'occlusion par adhérence des surfaces cruentées, nous nous proposions d'emprunter deux lambeaux à la peau de la conque pour recouvrir les parois antérieure et postérieure du conduit ; mais, la difficulté de disséquer un lambeau mince dans une région aussi profonde et de si faible diamètre nous fit renoncer à ce plan opératoire, après l'accident arrivé au lambeau inférieur qui, taillé à grand peine, fut sectionné par mégarde.

Après avoir introduit un stylet fin coudé dans le vestige de canal jusqu'au delà de l'atrésie, nous avons, avec un fin bistouri à cataracte, sectionné le rétrécissement suivant un plan

vertical, en ayant soin que le bistouri soit toujours en contact avec le stylet conducteur ; après agrandissement, nous avons remplacé le stylet par une fine sonde cannelée sur laquelle le bistouri fut conduit pour sectionner l'adhérence dans toute sa hauteur.

Malgré ce débridement, les parois ne s'écartent qu'avec difficulté ; nous avons alors pratiqué une incision transversale sur le milieu de la lèvre postérieure du conduit reformé, incision qui agrandit très sensiblement la circonférence de la plaie.

Des injections d'eau boriquée chaude firent sortir, du fond du conduit, une assez grande quantité de grumeaux blanchâtres qui s'y étaient accumulés.

Un drain de 6 millimètres de diamètre fut alors introduit dans le méat et des lavages antiseptiques, répétés plusieurs fois par jour, furent pratiqués par la mère.

La cicatrisation est complète en une quinzaine de jours ; l'enfant revu longtemps après l'opération présente, du côté opéré, un conduit presque aussi spacieux que du côté sain.

Diagnostic des occlusions membraneuses.

Nous laisserons de côté le diagnostic de l'existence de l'atrésie ou de l'occlusion complète qui, le plus souvent, est assez facile ; cette malformation étant constatée, il s'agit de diagnostiquer : l'étendue de l'adhérence et l'absence ou l'existence d'un vestige de canal.

C'est ce dernier point qu'il importe le plus de reconnaître pour intervenir à bon escient.

Il est rare que, dans les occlusions acquises, en apparence les plus complètes, il ne persiste un canal si exigu qu'il soit, qui conduit en arrière du rétrécissement ; la raison en est que les sécrétions physiologiques du conduit s'opposent à la fermeture absolue de la cloison.

Aussi, devra-t-on, dans tous les cas, rechercher avec un stylet très fin mais non piquant, s'il n'existe pas un pertuis qui conduit dans un canal.

Chez notre petit malade, il existait à la partie inférieure du cul-de-sac un tout petit orifice qui n'admettait qu'avec peine

un stylet effilé mais mousse. La dilatation fut pratiquée pendant quelques séances avant que nous pussions parcourir, avec ce même stylet, toute l'étendue du canal.

La dilatation progressive procura d'ailleurs un grand soulagement en faisant disparaître les douleurs, bien qu'une très faible quantité de sécrétion se fut fait jour par cette voie; mais c'était assez pour diminuer la tension.

Au bout de quelques jours on put mesurer l'étendue de l'adhérence de la manière suivante : un stylet fin, coudé à angle obtus à 12 millimètres de son extrémité et divisé en 1/2 centimètres, fut introduit jusqu'au delà du rétrécissement, puis ramené en dehors, jusqu'à ce qu'on sentît nettement que le bec venait s'arc-bouter contre la limite interne; il n'y avait plus qu'à examiner à quelle division affleurait la limite externe de l'occlusion que l'on avait sous les yeux, pour apprécier quelle était l'épaisseur de la coalescence des parties molles; elle était de 7 à 8 millimètres chez notre sujet.

On comprend l'importance de cette détermination avant d'opérer; on sait ainsi à l'avance, à quelle profondeur on doit aller, pour être sûr de sectionner l'occlusion dans toute son étendue.

Quand il s'agit d'un simple diaphragme membraneux, mince, dépressible à la pression du stylet, il est inutile d'en mesurer l'épaisseur avec exactitude, car, quelques dixièmes de millimètre en plus ou en moins ne modifient pas le mode d'intervention.

S'il n'existe pas le moindre canal, si l'occlusion est complète, absolue, il n'y a aucun moyen qui nous permette d'apprécier son étendue; la surdité et les symptômes cérébraux peuvent être aussi prononcés pour un simple diaphragme que pour une adhérence très large.

Traitement des occlusions membraneuses.

Nous ne croyons pas que la dilatation puisse donner des résultats durables, dans la plupart des cas; elle est cependant utile, comme acte préparatoire à l'opération, ou pour dilater

une atrésie moyenne, déjà opérée, que la rétraction cicatricielle tend à refermer. Dans notre cas, nous avons essayé de placer une tige très fine de laminaire, mais sans aucun succès.

L'intervention chirurgicale est donc le seul mode de traitement qui puisse donner des résultats rapides et durables.

S'il s'agit d'un diaphragme mince (comme le cas que nous avons publié dans les *Annales des maladies de l'oreille*, 1893) des sections cruciales avec le bistouri ou le galvano-cautère suffiront pour lever l'obstacle.



Fig. 1

Quand l'adhérence des parois du conduit a lieu sur une longue surface, le bistouri est préférable au galvano-cautère, parce que la réaction post-opératoire de la plaie est bien moins prononcée et que le bistouri est manié avec plus de sécurité à pareille profondeur que ne le serait le fil de platine.

Prévenu par l'insuccès des trois opérations précédentes pratiquées sur notre malade, nous nous étions proposé, pour éviter pareille malechance, de tapisser les parois du conduit néoformé de lambeaux cutanés empruntés à la conque.

Sur la figure demi-schématique, nous avons représenté la cavité de la conque sous forme d'un cercle, parce qu'après avoir fortement attiré le tragus en avant, elle présente sensiblement cette forme.

Nous voulions tailler deux lambeaux cutanés ; l'un (S) supérieur à pédicule placé en avant aurait recouvert la moitié supérieure de la lèvre antérieure du conduit ; l'autre (*I*) à pédicule postérieur aurait recouvert la moitié inférieure de la lèvre postérieure, de sorte qu'à chaque surface cruentée était opposé un tissu épidermique pour empêcher l'accolement.

Comme on agit sur une région qui n'a pas plus de 2 centimètres de diamètre et à une profondeur qui, dans notre cas, était de 15 à 16 millimètres, on ne sera pas surpris de la difficulté que nous avons éprouvée de tailler le lambeau inférieur avec un bistouri à lame droite (un bistouri courbe sur le plat aurait été beaucoup plus avantageux). Aussi, dans le cours de la dissection, ce lambeau fut coupé par mégarde, ce qui changea notre plan opératoire.

Si nous signalons notre mécompte, c'est pour mettre en garde contre la facilité apparente d'une pareille entreprise : faire de l'autoplastie en empruntant les lambeaux à la conque.

Nous avons alors pratiqué la section en nous guidant sur le stylet introduit par le canal (O) ; nous n'y reviendrons pas puisque nous avons décrit l'opération assez longuement dans le texte de l'observation même.

Il est quelques précautions qu'on ne devra pas négliger. Il faut : 1° suivre le plus possible la ligne de réunion des deux surfaces accolées, de façon à ne pas enlever les parties molles d'une paroi et dénuder le cartilage sous-jacent ; 2° le drain que l'on place pour maintenir l'ouverture béante doit être à paroi très épaisse. Ce qui convient le mieux, c'est un bout de sonde uréthrale en caoutchouc rouge taillé près du bout externe qui est muni d'un rebord épais ; celui-ci empêche le tube de pénétrer trop avant dans le conduit ; de plus, la surface lisse de ces sondes favorise la cicatrisation de la plaie et permet de placer et de retirer le tube beaucoup plus aisément qu'un morceau de drain qui est toujours plus rugueux ; 3° le tube doit rester en place un certain temps après la guérison apparente de la plaie, pour empêcher que la rétraction inodulaire ne diminue le calibre du conduit néoformé.

Nous avons préféré suivre cette méthode que de tapisser les surfaces saignantes avec des greffes empruntées à d'autres régions parce qu'elle est beaucoup plus facile à exécuter et plus sûre dans ses résultats. Si, en effet, on considère qu'il faudrait placer des greffes dans une région très profonde, peu accessible à la vue et, avec cela, infectée par les produits de rétention qui nécessitent des lavages antiseptiques, on reconnaîtra que la méthode des greffes aurait peu de chances de réussir, mais beaucoup de compromettre une opération laborieusement pratiquée.

III

CONTRIBUTION STATISTIQUE A L'ÉTUDE DES VÉGÉTATIONS ADÉNOIDES DU RHINO-PHARYNX

Par le Dr **Y. ARSLAN** (de Padoue) (1).

L'étude des tumeurs adénoïdes formera toujours un des chapitres les plus importants de notre spécialité, car leurs conséquences sont multiples et fréquemment très graves.

Dans ces derniers temps on a publié beaucoup de travaux sur la question. Par notre modeste contribution, nous voulons mettre en évidence, encore une fois, l'importance de cette forme pathologique, surtout au point de vue de l'étiologie, et chercher, s'il est possible, à faire la lumière sur quelques points, sans avoir la prétention de présenter aux lecteurs des découvertes.

Avant tout, je dois convenir avec Corradi, Gradenigo et quelques autres encore, qu'en Italie les végétations adénoïdes sont assez fréquentes. Notre statistique le prouve très clairement.

Sur 4,080 de nos malades d'oreilles, du nez et de la gorge, 426, c'est-à-dire 10, 7 %, portaient des tumeurs adénoïdes : 228 hommes et 128 femmes. Chez 315, nous n'avons pas fait la rhinoscopie postérieure. Dans 2/3 des cas les masses adénoïdes occupaient la paroi postérieure du rhino-pharynx. 69 % présentaient de l'occlusion nasale. 37,3 % étaient atteints en même temps de catarrhe du pharynx et d'hypertrophie des amygdales. Dans 39 % on constatait des affections du nez : 62 rhinites hypertrophiques, 17 rhinites atrophiques, 35 eczémas

(1) Communication lue au Congrès int. d'otologie à Florence, septembre 1895.

des narines, 30 malformations du septum, 14 épistaxis et 6 empyèmes des sinus accessoires.

Les complications les plus fréquentes étaient les affections auriculaires, qui existaient dans plus de la moitié des cas. En effet, nous avons observé 110 fois l'otite suppurée, 40 bilatérales et 70 unilatérales (39 à droite, 31 à gauche) ; dans 36 de ces cas il y avait de la carie de la caisse. Chez 142 sujets on observait de la surdité sans suppuration, 23 fois des deux côtés et 49 fois d'un côté seulement.

Quarante-cinq adénoïdiens souffraient de bronchite catarrhale. Parmi les autres complications, dignes d'être prises en considération, nous avons trouvé :

Six sourds-muets sur lesquels 2 sont améliorés notablement après l'opération des tumeurs adénoïdes.

Six cas de spasme du larynx avec 3 guérisons après l'ablation des masses hypertrophiées.

Un cas d'incontinence d'urine chez une fillette fut guéri par le traitement radical des végétations. 3 opérés de tumeurs adénoïdes bégayaient. Un seulement guérit complètement par l'opération.

Un cas très intéressant d'épilepsie à forme nettement jacksonienne chez un enfant de 5 ans, porteur de tares héréditaire, soigné par beaucoup de médecins pour une cause d'origine centrale, guérit immédiatement après l'opération et déjà il s'est écoulé plus d'un an sans que les convulsions aient reparu.

Un autre enfant épileptique ne retira aucun bénéfice du traitement chirurgical des végétations.

Un fait d'une grande importance, que nous avons cherché à étudier, est d'avoir rencontré l'hérédité chez 60 de nos malades. 13 fois nous avons opéré plusieurs des membres de la même famille.

Pour l'âge, nos adénoïdiens se divisent :

De 0 à 10 ans	166
» 11 à 15 »	107
» 16 à 20 »	85
» 21 à 30 »	50
» 31 à 40 »	18

Nous avons opéré 222 de nos malades avec un total de 125 guérisons ; 50 furent améliorés et 45, malheureusement, ne furent pas revus après l'opération. Sur 50 améliorés 35 avaient plus de 18 ans.

Des faits clinico-statistiques énoncés ci-dessus rapidement nous croyons pouvoir tirer des renseignements utiles pour la pathologie et la thérapeutique.

Etiologie. — Selon nous, l'humidité admise par plusieurs auteurs comme la cause principale, a très peu d'influence. Les régions d'où presque tous nos malades sont originaires, n'ont pas un climat humide et ne sont pas sujettes à de fortes et brusques variations de température. L'hérédité et les dyscrasies doivent être considérées comme les principaux facteurs étiologiques des tumeurs adénoïdes. A l'appui de ce dire nous citerons les résultats que nous avons obtenus en examinant les enfants de l'Institut des rachitiques de Padoue : 20 % de ces enfants étaient porteurs de végétations adénoïdes. D'autres spécialistes sont arrivés même à des proportion encore plus fortes que la nôtre, en examinant les enfants de diverses institutions. Pour se persuader de l'influence de l'hérédité il suffit de questionner chaque fois qu'on est en présence d'un adénoïdien, on nous répondra toujours que l'occlusion nasale, c'est-à-dire le fait de dormir la bouche ouverte, est un vice de famille, et qu'on n'y a jamais attaché aucune importance.

Naturellement nous sommes loin de vouloir nier l'influence dangereuse de l'humidité et des processus infectieux.

Complications. — Les complications sont de diverse nature et très nombreuses ; on peut les diviser en deux groupes : le premier comprend les maladies des oreilles, les catarrhes des voies aériennes supérieures et des bronches, les épistaxis, les malformations du maxillaire supérieur et du thorax, les céphalées, quelques affections oculaires, les troubles respiratoires, etc., etc., qui sont des conséquences directes ; le second groupe renferme le spasme du larynx, l'asthme, les convulsions, l'incontinence d'urine, les troubles de la parole, le trismus, etc., etc., qui sont d'origine réflexe. Pour cette

dernière catégorie de symptômes il faut qu'il existe une prédisposition personnelle et héréditaire.

Le traitement radical des végétations adénoïdes réussira pour les conséquences directes, et il sera incertain pour les phénomènes réflexes.

L'âge, auquel on intervient, a beaucoup d'importance. Quand les lésions consécutives sont invétérées on a peu de chance de les faire disparaître, donc il faut opérer les enfants même lorsque les végétations adénoïdes sont très peu volumineuses.

Examen. — Chez tous nos malades d'oreilles, du nez et de la gorge, sans exception, nous pratiquons la rhinoscopie postérieure, s'il est possible. C'est une méthode sûre et préférable au toucher. Nous pouvons garantir que dans la grande majorité des cas on arrive à faire cet examen et même chez de petits enfants pour lesquels à priori on l'aurait jugé impossible. Chez nos malades nous avons réussi dans 74 $^{0}/_{0}$ des cas.

Par le toucher on peut transporter l'infection sur place; c'est une méthode qui épouvante les malades et leurs parents, elle est d'apparence brutale et ne permet pas de se rendre compte aussi exactement que par la rhinoscopie postérieure.

Régression. — Il n'y a pas de doute que les végétations adénoïdes avec l'âge subissent la régression ; cependant ce n'est pas une règle absolue, comme quelques-uns veulent l'admettre ; Chez 68 de nos malades, c'est-à-dire à peu près 16 $^{0}/_{0}$, l'âge oscillait de 20 à 40 ans. En outre, cette possibilité de régression ne doit pas diminuer l'importance des adénoïdites, car tout le monde sait que les végétations en disparaissant dans la plupart des cas laissent des suites assez graves surtout du côté des oreilles.

Traitement. — Le traitement doit être radical : ablation complète des masses adénoïdes. Dans la période aiguë on ajournera l'opération.

Chacun a sa méthode propre ; on a créé et on continue à inventer des instruments innombrables et même superflus.

Doit-on opérer en une seule séance ou en plusieurs fois ? Nous partageons complètement l'opinion de nos collègues de Roaldes, Luc, Corradi, Chatellier, Lubet-Barbon, etc., qui re-

tirent les végétations adénoïdes, s'il est possible, en une seule séance. Il n'y a aucune raison de soumettre les malades à des interventions chirurgicales réitérées du moment qu'on a la facilité de l'exécuter en une seule fois ; chez nos 222 opérés nous n'avons dû répéter l'opération que 7 fois. Il est imprudent d'exposer les porteurs de végétations adénoïdes aux suites d'un acte opératoire même si celui-ci est de peu d'importance, car il peut devenir plus grave à l'occasion.

Malheureusement, on a publié assez fréquemment des observations d'accidents post-opératoires. Newcomb cite une hémorrhagie mortelle survenue après l'opération des végétations adénoïdes.

Un autre inconvénient, qui mérite d'être pris en considération, c'est que souvent les malades, opérés la première fois, ne reviennent plus à la consultation n'ayant retiré aucun profit de l'intervention incomplète et il n'est pas étonnant qu'ils arrivent à accuser de l'insuccès le spécialiste.

Une seconde question capitale est de savoir si l'on doit recourir à l'anesthésie générale, et dans ce cas quel narcotique doit être choisi. A propos de cette importante question les auteurs se divisent en plusieurs camps ; la plupart emploient l'anesthésie totale pour l'ablation des tumeurs adénoïdes, d'autres se contentent d'une simple cocaïnisation, d'autres encore opèrent sans aucune anesthésie, ni locale, ni générale ; il y a des confrères qui emploient les deux modes à la fois.

Voilà l'état actuel de la question. Or, nous chercherons à mettre en évidence la meilleure conduite à suivre et qui nous semble la préférable entre ces grandes divergences d'opinion.

On sait que la plupart des malades sont des enfants, qui par leur nature rebelle ne consentent pas facilement à une opération, même très brève et peu douloureuse. Dans ces conditions une opération sans anesthésie devient pénible, brutale et plus fatigante. En outre, pour manier facilement les instruments dans la cavité rhino-pharyngée il faut obtenir un certain degré de résolution musculaire de la cavité buccale, du voile du palais et de la région à opérer. Ainsi, dans l'opération sans anesthésie à l'indocilité des petits malades viennent

s'ajouter les inconvénients ci-dessus enumérés, de sorte qu'une opération si simple devient incomplète et très longue.

Appuyé sur ces considérations et sur notre pratique personnelle nous croyons l'anesthésie générale indispensable dans l'ablation des végétations adénoïdes.

La simple cocaïnisation est insuffisante, car elle ne supprime qu'en partie la douleur et l'on n'évite pas les autres inconvénients. Elle a aussi le désavantage d'être mal tolérée par les malades, et chacun de nous a eu l'occasion d'observer plus d'une fois des accidents très désagréables, produits par l'emploi de cette dangereuse substance.

A présent il nous reste à parler du choix des anesthésiques. C'est une question des plus importantes, sur laquelle les spécialistes divergent et sont bien loin d'adopter une méthode universelle. Nous espérons pouvoir offrir notre contribution qui est le résultat d'un nombre assez grand d'anesthésies.

L'opération des tumeurs adénoïdes, effectuée même en une seule séance est rapide ; aussi une anesthésie brève doit-elle suffire. Le bromure d'éthyle répond parfaitement à ces indications pour la rapidité et la sûreté d'action, l'absence de la période d'excitation, sa complète innocuité (à la dose que nous employons), pour éviter les plus petits accidents, pour qu'après l'anesthésie les malades ne se plaignent d'aucune douleur, chose si fréquente avec les autres anesthésiques. Ils peuvent marcher, immédiatement, sans avoir besoin de rester au lit et sont dans la possibilité de quitter la clinique. Pour que les réflexes laryngiens se conservent intacts et que les vapeurs n'irritent pas la muqueuse des voies aériennes supérieures, et encore pour nombre d'autres avantages, mis en évidence dans notre précédente publication sur le bromure d'éthyle, cette substance est incomparablement supérieure au chloroforme, à l'éther et peut-être même au protoxyde d'azote.

D'autre part, le chloroforme et l'éther ne sont pas exempts de conséquences fâcheuses, ils amènent une période d'excitation assez prolongée, les réflexes laryngiens peuvent être abolis, pendant une opération, si simple, compliquée et plus longue ; ils laissent après eux des souffrances beaucoup plus désagréables que celles produites par l'opération elle-même.

Les malades qui ont subi la chloroformisation demeurent étourdis, quelquefois ils sont pris de vomissements, de forts malaises, de céphalée, de vertiges, d'inappétence absolue. Il n'est pas rare de voir ces souffrances durer plus d'un jour. En tout cas, on est obligé de mettre les malades au lit et de les faire demeurer tranquilles plusieurs heures avant de les faire transporter chez eux.

Comme on le voit, la différence est grande entre le bromure d'éthyle et le chloroforme, le premier est indiqué pour les opérations de courte durée, comme l'ablation des végétations adénoïdes, le second trouve sa vraie indication dans les interventions chirurgicales d'une certaine durée (plus de 10 minutes).

Pour documenter notre opinion, nous avons pu recueillir 4161 cas d'anesthésies au bromure d'éthyle pour des opérations de courte durée qui ont été publiées par divers auteurs, avec succès. On ne peut en dire autant du chloroforme.

Dans 252 opérations, y compris les 229 ablations des tumeurs adénoïdes, nous avons employé le bromure d'éthyle, sans constater jamais le plus petit accident, à l'exception d'un seul cas, où ayant fait usage de bromure d'éthyle impur, le malade eut des vomissements et de la céphalalgie.

On doit prêter grande attention à la qualité du bromure d'éthyle, et le conserver à l'abri de la lumière et de l'air. Nous préférons les flacons contenant chacun 10 grammes, fermés à la lampe (1). Cette dose est suffisante jusqu'à l'âge de 15 ans ; de 15 à 25 ans on doublera la dose.

La méthode d'anesthésie, dite à dose massive, nous a donné le meilleur résultat.

Pour finir, nous dirons quelques mots sur les divers procédés opératoires, qui sont très nombreux.

La cautérisation et la curette électrique de Rousseaux nous semblent très peu indiquées pour l'ablation des végétations adénoïdes, car, entre autres inconvénients, ces moyens provoquent des lésions des régions voisines.

(1) La maison Merck de Darmstadt nous fournit du bromure d'éthyle très pur.

L'anse froide de Chiari ne peut servir que chez un très petit nombre de malades : quand les masses adénoïdes sont d'un certain volume et presque pédiculées, les fosses nasales normales, et chez des adultes ou des enfants âgés exceptionnellement dociles ; en outre, c'est une méthode très lente.

Nous ne sommes pas enthousiastes des pinces, qui présentent à peu près les mêmes inconvénients, sans nier qu'elles aient leur côté utile en mettant en évidence les masses extraites, chose quelquefois assez importante pour les malades ou les parents.

L'instrument qui nous semble supérieur à tous les autres et pouvant les remplacer dans tous les cas, est le couteau annulaire de Moritz-Schmidt. Au moyen de ce simple instrument, on arrive à extraire les masses adénoïdes hypertrophiées du rhinopharynx. Il est nécessaire que l'on choisisse un modèle de petites dimensions pour pouvoir atteindre aisément tous les points de la cavité de l'arrière-nez.

Après l'ablation des masses avec le couteau de Moritz-Schmidt, on doit écraser avec le doigt de petites granulations qui, par hasard, ont échappé à l'instrument et en même temps on se rend compte de la réussite de l'opération.

Nous estimons presque superflu de dire que l'on prendra les précautions antiseptiques les plus minutieuses : faire bouillir les instruments, désinfecter les mains.

Voici, en deux mots, comment nous procédons pour l'ablation des végétations adénoïdes.

Quelques jours avant d'intervenir, nous prescrivons une légère antisepsie des fosses nasales et du rhinopharynx, en instillant 2 ou 3 fois par jour de la glycérine boriquée au 20°.

Le malade, si c'est un enfant, est tenu par une personne de service ; s'il est plus âgé, on l'immobilise en liant ses bras et ses jambes à une chaise solide. Un aide, en même temps qu'il fixe la tête, procède à l'anesthésie par le bromure d'éthyle ; le malade, en quelques secondes, devient inconscient, sa tête se penche en avant ; alors sans perdre un moment, rapidement on ouvre la bouche, on abaisse la langue, on introduit le couteau de Moritz-Schmidt dans la cavité rhino-pharyngée en le poussant en haut jusqu'à toucher le septum et puis on fait glisser

l'instrument de haut en bas et d'avant en arrière avec force sur la paroi postérieure, par un mouvement de levier et en répétant la même chose pour les régions latérales. Toutes les masses ainsi détachées tombent, mêlées de sang, dans l'arrière-gorge et sont avalées par le malade, sans pénétrer dans les voies laryngo-trachéales, comme cela arrive facilement avec le chloroforme ou l'éther. Nous terminons l'opération en écrasant avec l'index droit, soigneusement antisepsié, les petites granulations qui peuvent avoir échappé.

La durée de cette opération est très courte, quelques minutes en tout. Une abondante irrigation nasale d'eau boriquée chaude suivra l'opération, agissant comme antiseptique et hémostatique.

Les suites de l'opération sont insignifiantes. Nous ne prescrivons jamais le lit. La seule prescription sur laquelle nous insistons, est l'antisepsie de la partie opérée jusqu'à parfaite cicatrisation.

Sur 229 opérations de végétations adénoïdes que nous avons faites, nous n'avons jamais observé aucun inconvénient et j'aime à répéter que chez 7 malades seulement nous avons dû faire une seconde fois l'ablation des tumeurs adénoïdes.

Le résultat, à l'exception de 47 sujets, qui n'ont pas reparu, fut confirmé par la rhinoscopie postérieure ou par le toucher.

Donc, nous sommes autorisé à affirmer que la méthode employée à notre clinique doit être préférée à toutes les autres.

Pronostic. — Chez les tout petits enfants, le pronostic est toujours favorable. Chez les malades âgés, même opérés complètement, maintes fois, les complications, provoquées par les tumeurs adénoïdes, persistent.

L'occlusion nasale est le premier symptôme qui disparaît ; toutefois dans quelques cas, comme nous l'avons constaté, la voix nasale persiste, probablement à l'état parétique du voile du palais.

L'ablation des végétations adénoïdes procure un réel bénéfice aux otites, mais l'avantage est très limité quand il existe

une carie de la caisse. En effet, sur 36 otites suppurées avec carie osseuse dans 6 cas seulement nous avons eu une guérison pouvant être attribuée en partie à l'opération des végétations; dans 13 cas, amélioration très légère et les 9 autres sujets n'ont vu survenir aucun changement dans l'état de leurs oreilles. Cependant il faut remarquer que chez tous les malades, après l'opération, le pouvoir auditif s'est accru.

Sur 142 surdités sans suppuration, dans 73 cas la guérison fut complète après l'opération ; dans 34 cas, une amélioration très marquée; 20 malades, âgés de plus de 15 ans, n'ont pas eu le plus petit bénéfice.

Même chez les sourds-muets, lorsque cette infirmité est la conséquence des végétations adénoïdes, développées dans les premières années de la vie, et si le sujet est jeune, il est possible d'obtenir une amélioration. Deux de nos sourds-muets s'améliorèrent notablement, un surtout, qui, peu de temps après, commença à parler et entendre distinctement.

En général, l'état catarrhal des voies aériennes supérieures et des bronches est influencé favorablement par l'opération des végétations.

Pour les autres complications d'origine réflexe, le résultat de l'opération est très incertain, mais il n'est pas rare de voir des guérisons inattendues et miraculeuses, comme dans notre cas d'épilepsie jacksonienne.

CONCLUSIONS

Après cette exposition détaillée, nous sommes en droit de tirer les conclusions suivantes :

I. — En Italie, les tumeurs adénoïdes sont assez fréquentes.

II. — L'hérédité et les maladies dycrasiques jouent le principal rôle pour l'étiologie ; viennent ensuite l'humidité et les processus infectieux.

III. — L'opération se fera en une seule séance, s'il est pos-

sible. Le couteau de Moritz-Schmidt, suivi de l'écrasement digital, devra être la méthode de choix.

IV.— Le bromure d'éthyle est le meilleur anesthésique pour l'ablation des végétations adénoïdes et il est incomparablement supérieur au chloroforme, à l'éther et peut-être même au protoxyde d'azote.

V. — Dans tous les cas où l'on constatera la présence des tumeurs adénoïdes, on n'hésitera pas à pratiquer leur ablation, même si elles ne sont pas volumineuses.

VI. — Tous les enfants, avant d'être acceptés dans les écoles, dans les Instituts de sourds-muets et dans d'autres maisons d'éducation, devraient être obligés de subir l'examen rhinopharyngien.

IV

UN CAS DE RHINOLITHE

Par M. RIPAULT, interne à l'hôpital Lariboisière.

La... Marie, 8 ans, se présente à la consultation du Dr Gouguenheim pour obstruction de la narine droite.

Il est en effet facile de constater que la narine droite est beaucoup moins perméable que la gauche, elle est de plus le siège d'un écoulement muqueux plutôt que franchement purulent.

A la rhinoscopie antérieure, on aperçoit, à deux centimètres à peine du vestibule, un corps grisâtre, irrégulier, très allongé dans le sens antéro-postérieur, reposant sur le plancher, et remplissant l'espace qui sépare la cloison du cornet et du méat inférieur.

Au stylet, sensation très nette de dureté et rugosité ; à peine de mobilité.

Muqueuse du voisinage normale.

Le corps étranger, à cause de son volume considérable, ne peut être extrait ; on commence par le broyer à plusieurs reprises avec une pince nasale, et on extrait ainsi plusieurs fragments ; puis la tumeur réduite et devenue mobile est accrochée par derrière avec un crochet mousse et attirée en avant ; à l'aide de la pince on peut enfin saisir le calcul et l'amener au dehors en forçant un peu le méat nasal ; hémorrhagie médiocre.

Le stylet et la vue permettent de constater alors une fosse nasale tout à fait normale.

Le calcul sectionné à la scie permit de retrouver à son centre un noyau de cerise, qui avait été introduit dans la narine depuis plusieurs années ; car l'obstruction nasale remontait à une date déjà fort éloignée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Juillet-Août 1895 (1).

1° Félix Semon. — **L'enseignement de la laryngologie aux médecins praticiens.** — Le président de la section fait un court historique de la laryngologie en tant que branche spéciale de la médecine ; elle n'a été représentée par une section indépendante que deux fois encore, et c'est la première fois que cela arrive à Londres. Il fait ensuite un éloquent discours en faveur de la création d'une polyclinique de perfectionnement destinée aux médecins qui ont terminé leurs études officielles, d'un « post-graduate » enseignement comme il en existe à Vienne et ailleurs, avec des cours et exercices pratiques ne dépassant pas six semaines. La création d'un institut de ce genre est une question d'entente entre les différentes spécialités de la médecine : laryngologie, bactériologie, ophthalmologie, etc., car il serait de toute nécessité de réunir le tout dans un même bâtiment et d'adopter un horaire qui permettrait aux médecins d'utiliser toute leur journée.

2° Guye (d'Amsterdam).— **De l'étiologie des polypes muqueux du nez.** — Il est impossible d'assigner aux polypes muqueux une origine commune dans l'état actuel de nos connaissances ; la muqueuse pituitaire paraît réagir par la production de polypes à des excitations très diverses : rhinolites, ethmoïdite nécrosante de Woakes, empyèmes, ozène, atrésie des méats, etc., mais souvent les polypes paraissent tout à-fait spontanés. Peut-être faudrait il rechercher aussi les influences de climat ou de terrain,

(1) D'après le compte rendu du *British med. journal*, 1895, p. 472.

car l'orateur a été frappé par la fréquence des polypes dans une région de la Hollande.

Luc (de Paris). — La dégénérescence myxomateuse de la pituitaire, qui diffère peu de l'œdème simple de la muqueuse, affecte la forme de tumeurs pédiculées, grâce à la présence de replis dans la muqueuse du cornet moyen et du méat moyen qui sont les sièges de prédilection des polypes. La coexistence des lésions de l'os sous-jacent est exceptionnelle et la théorie de l'éthmoïdite nécrosante de Woakes est loin d'être prouvée ; quelques fragments d'os enlevés avec les polypes ont été examinés par M. Gombault et trouvés parfaitement sains ; la minceur des lamelles osseuses des cellules ethmoïdales fait qu'elles s'effondrent sous le stylet qui les explore en donnant la sensation de séquestres ; quelques cas de Woakes se rapportent peut-être à la syphilis, mais les faits qu'il cite sont difficiles à discuter, car ils manquent d'histoire clinique. Les polypes peuvent être spontanés, ils peuvent se lier à un catarrhe chronique, ils sont souvent l'expression d'un œdème de voisinage consécutif à la suppuration chronique des fosses nasales ou de leurs sinus ; plus rarement, la cause provocatrice des polypes est constituée par une tumeur maligne, ainsi que l'orateur en a vu quatre cas.

Zuckerkandl (de Vienne). — Les polypes et les hypertrophies polypoïdes sont de nature inflammatoire et non point néoplasique, l'espace où la production a lieu déterminant sa forme et son volume ; la masse est large et aplatie dans une fissure, longuement pédiculée lorsqu'elle part d'une saillie de l'ethmoïde, arrondie sur le cornet inférieur ; elle peut déborder dans ce dernier cas le plancher des fosses nasales et pendre hors des choanes ; il n'y a aucune raison de dire alors qu'il n'existe point de polypes des cornets inférieurs, car ces hypertrophies ne sont pas autre chose. Pour ce qui est de la nouvelle théorie de l'ostéite nécrosante, elle ne paraît pas admissible, l'os n'ayant jamais été trouvé carié dans de nombreux cas examinés à cet effet. Le tissu osseux sous-jacent aux polypes (unguis, cellule ethmoïdale) s'épaissit, au contraire, se vascularise sans aucune tendance à la nécrose ; cet état de l'os est une conséquence naturelle de la congestion des couches profondes de la muqueuse adhérente au périoste ; il en est de même des parois du sinus maxillaire lorsqu'il contient des polypes, et cette hyperostose est si constante que l'aspect de l'os macéré suffit pour reconnaître que la muqueuse qui le recouvrait a été le siège de polypes. L'os

hypertrophié forme parfois une épine qui constitue le centre du pédicule du polype. Deux figures appuient cette étude anatomique.

P. Mc Bride (d'Edimburg). — La pesanteur est un facteur important dans la production des polypes ; c'est ainsi que la partie supérieure des fosses nasales est le siège de polypes, tandis que la partie inférieure donne lieu à la formation de tissus hypertrophiques d'aspect papillomateux. La théorie de Woakes est erronée. L'empyème est plus souvent absent que présent chez les personnes atteintes de polypes.

A. Hodgkinson (de Manchester). — La clinique seule ne permet pas actuellement de déterminer l'étiologie des polypes muqueux.

Scanes Spicer (de Londres) partage l'opinion de Zuckerkandl sur l'origine inflammatoire des polypes et leur identité avec les hypertrophies du cornet inférieur ; Woakes a le mérite d'avoir insisté sur l'origine inflammatoire et non néoplasique des polypes.

Wm. Hill (de Londres) compare les polypes du nez à ceux des autres parties du corps ; les uns, comme ceux de la vessie et du rectum, sont évidemment indépendants de l'os et proviennent d'un état inflammatoire ou irritatif de la muqueuse ; les autres, ceux de l'oreille, se lient souvent à des suppurations osseuses. Ces deux catégories se retrouvent dans le nez, la dernière étant exceptionnelle.

F. H. Bosworth. — On ne trouve d'empyème que dans 1/8 des cas de polypes à peine ; la suppuration est plutôt une conséquence qu'une cause productrice des polypes.

M. Schmidt (Francfort-sur-le-Mein). — Les polypes ont pour point de départ une irritation quelconque de la muqueuse, par les corps étrangers comme par les causes invoquées par les orateurs précédents.

R. Lake. — Les polypes dérivent de la rhinite hypertrophique et sont, au point de vue anatomique, identiques au tissu hypertrophique ; l'auteur n'a jamais rencontré de myxome, ni de fibrome œdémateux, ainsi que Mc Bride considère les polypes muqueux ; les fibromes, qui ne sont pas rares à l'extrémité du cornet inférieur, ne s'œdématient pas.

A. W. de Roaldes (de la Nouvelle Orléans). — Les polypes sont très rares chez les nègres, qui ont les narines spacieuses et mieux drainées ; d'autre part, n'étant guère neuro-arthritiques, ils sont moins sujets aux rhinites chroniques.

3° J. S. RISIN RUSSEL. — **Le centre de l'abduction des cordes vocales dans l'écorce cérébrale.** — L'existence d'un centre pour l'adduction des cordes vocales a été prouvée par Krause chez le chien, par Semon et Horsley chez le chat et le singe ; de plus, ces deux auteurs obtinrent l'abduction des cordes vocales en excitant un centre dans la capsule interne ; l'auteur en conclut qu'il devait nécessairement exister un centre cortical de l'abduction, situé à proximité de celui de l'adduction, et que l'adduction étant beaucoup plus puissante masquait le mouvement opposé. Des expériences antérieures avaient montré à l'auteur qu'il était possible de séparer, dans le nerf récurrent, les fibres des adducteurs de celles des abducteurs ; il coupa donc les premières seules sur l'un des récurrents et excita ensuite l'écorce au niveau du centre de l'adduction et dans ses environs. Il obtint, par l'excitation du centre de Krause, l'adduction de la corde vocale dont le nerf était intact ; mais l'abduction des deux cordes vocales se produisait lorsqu'on excitait l'écorce en avant et au-dessous de ce premier centre, séparé de lui par le sillon sus-orbitaire ; il trouva ainsi le centre de l'abduction ; quel que soit l'hémisphère excité, l'action porte sur les deux cordes vocales. Chez les divers animaux le siège des centres varie un peu, tout en restant au voisinage du sillon sus-orbitaire.

WATSON WILLIAMS a observé un malade atteint d'épilepsie jacksonnienne droite qui présentait, pendant ses attaques, une aphasie motrice complète, sans aucun trouble sensoriel. Les mouvements d'adduction et d'abduction des cordes vocales étaient absolument corrects ; les centres gauches de la parole devant être considérés comme inactifs, cette observation vient à l'appui des résultats expérimentaux sur l'action invariablement bilatérale des centres corticaux du larynx.

4° ALEXANDRE HODGKINSON. — **Des vibrations des cordes vocales.** — Le mode de vibration des cordes vocales a été étudié à l'aide d'une fine poudre d'indigo insufflée dans le larynx ; cette poudre insoluble forme avec le mucus un enduit très mobile qui dessine des lignes nodales et des zones de vibration comme le sable sur les plaques vibrantes. Aussitôt qu'un son est émis, l'indigo fuit le bord libre des cordes et dessine une ligne qui, d'abord parallèle aux bords, devient bientôt convexe en dehors vers son milieu ; l'amplitude des vibrations est plus grande au milieu qu'aux extrémités d'une corde ; pour un ton du médium cette ligne s'étend de la commissure antérieure jusqu'au delà de l'apophyse vocale, mais ce n'est pas là une ligne nodale, car la

ligne d'indigo continue à s'éloigner des bords jusqu'à atteindre la base de la corde lorsque la poudre est bien mélangée au mucus Pour un ton plus bas la ligne bleue s'allonge du côté de la portion cartilagineuse de la glotte, une plus grande longueur de la corde entrant en vibration. Pour les tons de fausset la ligne reste parallèle au bord libre de la corde à mi-distance entre ce bord et la base ; c'est une ligne nodale vraie. Dans un cas de paralysie de l'abducteur gauche avec léger catarrhe des deux cordes le résultat de l'expérience a été le suivant : la corde saine présenta une ligne d'indigo s'étendant depuis la commissure jusque loin derrière l'apophyse vocale, tandis que la corde paralysée ne vibrait que dans sa moitié antérieure en donnant une ligne convexe qui s'arrêtait bien au devant de l'apophyse vocale.

ILLINGWORTH. — Le larynx est considéré à tort comme instrument à cordes ; il est plutôt assimilable au cornet ou à la trompette. La voix de fausset est produite par le larynx, comme le sifflement par les lèvres ; les cordes sont actionnées simultanément par les crico-thyroïdiens et les crico-aryténoïdiens.

SECTION D'OTOLOGIE

Séance du 2 août 1895 (1)

1° CARMALT JONES. — **Ablation du cornet inférieur.** — Dans quelques cas de bourdonnements d'oreille l'orateur a obtenu de bons résultats par l'ablation du cornet inférieur qu'il considère comme entretenant le catarrhe de la trompe d'Eustache. Quelquefois la surdité a été ainsi guérie en même temps que les bourdonnements. Il y a eu parfois une hémorrhagie considérable.

D. BROWNE. — L'obstruction est causée par l'hypertrophie de la muqueuse qui peut être attaquée par des moyens plus simples que la turbinotomie.

MACNAUGHTON JONES. — La turbinotomie, opération fort sérieuse

(1) D'après le compte rendu du *British med. journal*, 1895, p. 361

à cause de l'hémorrhagie, est loin d'avoir la valeur qu'on lui attribue dans les affections de l'oreille. Il faut rechercher les déviations de la cloison, qui sont une cause d'obstruction, et les redresser.

S. SPICER. — La turbinotomie donne quelquefois de bons résultats dans le traitement des bourdonnements.

PEGLER présente une série de préparations histologiques des cornets hypertrophiés.

2° GUYE (d'Amsterdam). — **Vertige auriculaire.** — Il existe une sensation de rotation chez les malades atteints d'affections du labyrinthe. Dans un cas cité le patient fut pris brusquement de nausées et de vomissements, suivis de surdité de l'oreille gauche et d'un sentiment de rotation des objets dans le sens de l'oreille malade, comme les aiguilles d'une montre. Lorsque cette sensation est faible le malade exécute un léger mouvement dans la même direction ; quand elle est intense, il se meut en sens opposé.

MACNAUGHTON JONES lit un travail sur les diverses formes du vertige de Ménière ; la pilocarpine est efficace dans ces cas.

3° CRESSWELL BABER présente un cas de **tintement pulsatile** objectif, perceptible à l'auscultation et variant avec la position de l'oreille et la compression de la carotide.

M. LAKE présente un grand nombre de pièces qui établissent les relations entre la membrane du tympan et les tissus fibreux voisins.

4° W. COUSINS. — **Tympans artificiels.** — L'auteur montre quelques améliorations dans les tympans artificiels. Dans la discussion qui suit les membres de la société s'accordent pour donner la préférence au tympan de coton.

W. DALBY rappelle que le tympan peut se reproduire et cite un cas où cette membrane s'est reconstituée trois fois.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE D'IRLANDE

Séance du 5 avril 1895 (1)

1° PARSON. — **Cylindrome du palais osseux.**

2° M'WEENCY présente un **fibromyxome encapsulé de la langue**,

(1) D'après le compte rendu du *British med. journal*, 1895, 27 avril

enlevé chez un homme de 23 ans, vigoureux, indemne de syphilis. La tumeur présentait le volume d'une noisette et siégeait sur le côté gauche du dos de la langue ; elle était bien encapsulée et fut très facilement énucléée par le Dr Chance.

3° Le même opérateur présente avec M'Weency une **tumeur congénitale du cou**, grosse comme une orange, attachée par un pédicule à l'os hyoïde ; cette tumeur offrait ceci d'exceptionnel pour un kyste cervical, qu'elle contenait des parties osseuses, cartilagineuses, périostiques et des dents incomplètes comme les kystes dermoïdes des autres régions.

4° Story décrit un cas de **tumeur maligne de l'oreille** moyenne, le premier qu'il ait rencontré depuis 18 ans sur un nombre total de 12 000 malades. Il s'agit d'un homme de 30 ans chez lequel on enlève un polype de l'oreille moyenne ; la tumeur récidive rapidement chaque fois qu'elle est détruite, puis l'os se nécrose, la septième paire est paralysée, le malade meurt cachectique au bout de six mois ; l'examen microscopique conclut à un sarcome.

M. N. W.

SOCIÉTÉ DES OTO-LARYNGOLOGISTES HONGROIS

Comptes-rendus par L. Polyak, secrétaire de la Société.

VIe Séance. — 25 octobre 1894.

1. Onodi montre **un papillôme de l'amygdale droite** qu'il a récemment extrait.

2. V. Navratil. — **Trois cas de sténose du larynx.** — *Observation* I. — Le premier malade, âgé de 30 ans, contracta, en février 1893, une laryngite aiguë à la suite d'un refroidissement, et au bout de quatre semaines, il eut déjà de grandes difficultés à respirer et à avaler. La dyspnée augmenta à un tel point que M. Siklossy dut pratiquer la trachéotomie. N. fait remarquer que les troubles laryngés rétrocédèrent d'une façon relativement rapide et que quatre semaines après on retira la canule. Cela vient de ce que M. S. avait fait dans ce cas très justement la

trachéotomie et non la laryngotrachéotomie, la canule siégeait donc au-dessous de la partie malade et n'entravait pas la disparition complète de l'affection Il s'agissait fort probablement d'une inflammation aiguë de la muqueuse et du tissu cicatriciel. La maladie aurait certainement affecté un autre aspect, si la canule avait été introduite dans le larynx, et, agissant comme un corps étranger, avait prolongé ou propagé la maladie, ainsi que l'auteur l'a souvent observé. Après le décanulement il subsista une fistule qui fut fermée ultérieurement par la méthode plastique. Dans le larynx, à droite de la commissure antérieure, on voit une granulation du volume d'un pois qui pourrait être aisément confondue avec un papillôme. Cette granulation provient de la plaie trachéale. Même après l'occlusion de la fistule, la voix demeure voilée, elle se fatigue vite et il est impossible d'émettre les sons élevés, ce qui, indépendamment de la granulation, doit être attribué à la section du cartilage thyroïde. Aussi N., après la formation d'un lambeau latéral, se propose-t il de raviver et de réunir les bords du cartilage thyroïde (depuis, cette opération a eu lieu et la voix du malade est normale).

Observation II. — Garçon meunier, âgé de 24 ans, a tenté de se suicider le 2 décembre 1893 en se faisant une entaille dans le larynx. Le lendemain, les troubles respiratoires obligèrent le médecin à prolonger la plaie en arrière dans la direction du ligament thyrocricoïdien, il introduisit une canule et réunit par une suture les lèvres de la plaie qui guérit en quatre semaines; mais au bout de trois mois, le malade n'était pas encore en état de respirer par la bouche. Il se présenta le 5 mars 1894 à la consultation de N. qui pratiqua la trachéotomie et ferma la plaie supérieure par une méthode plastique. Depuis, le catarrhe laryngé chronique a cessé, mais il subsiste une ankylose cicatricielle bilatérale des articulations crico-aryténoïdiennes provoquée par la plaie laryngienne, et que l'auteur a détruite au moyen de son propre dilatateur.

Observation III. — Le troisième cas concerne un journalier de 24 ans qui souffrait depuis longtemps d'une sécheresse de la gorge, et qui toussait sans pouvoir rien cracher. Son état s'aggrava au point qu'en raison de la violence de la dyspnée il subit la trachéotomie le 17 mai 1894 au Grand Hôpital Tapolciany. La respiration buccale ne se rétablissant pas, le malade, pour se faire enlever sa canule et recouvrer ainsi la respiration normale, entra dans le service de N. On diagnostiqua une sous-chordite bilatérale hypertrophique. Faute de renseignements, l'auteur

envisagea la maladie comme ayant une origine infectieuse. Devant l'échec des autres traitements locaux, N. pratiqua la laryngofissure et détruisit consécutivement par le galvano-cautère toute la néoplasie presque sclérosée qu'il ne pouvait exciser ni avec le bistouri ni avec les ciseaux. La tumeur hypertrophique était, surtout du côté droit, tellement unie à la corde vocale, que celle-ci dut aussi être cautérisée,ce qui fait qu'une partie de cette dernière pend comme un lambeau dans la glotte, qui est à présent d'une dimension normale. Lorsque la canule est fermée, le malade respire bien ; puis on extrait la canule après avoir enlevé le lambeau et le malade quitte l'hôpital totalement guéri.

Zwillinger. — Les résultats de l'observation III sont bons en ce que l'on ne pouvait exciser avec les ciseaux cette tumeur dure, qu'elle ne pouvait pas non plus être extraite au moyen de la dilatation et qu'il ne restait plus que la laryngofissure. En ce qui regarde le diagnostic, je crois à un laryngosclérome, car l'affection ne ressemble pas à une périchondrite, qui présente souvent les mêmes caractères ; mais il faut sûrement repousser la tuberculose et la syphilis. Il est intéressant que l'infiltration soit née de la surface inférieure de la corde vocale, car les cordes vocales ne peuvent être préservées pendant l'opération ; il y a des cas où ces relations font défaut et où la glotte se ferme lors de la phonation et recouvre les bourrelets situés en-dessous. Dans le cas présenté, l'opération a fourni d'excellents résultats ; seul, le lambeau de tissu visible doit être enlevé pour rendre la respiration plus libre.

V. Navratil regrette, dans l'intérêt du diagnostic, que l'examen histologique n'ait pas été fait, mais il ne pouvait le faire au début ; l'excision du bourrelet ayant échoué. il a dû terminer l'opération par la laryngofissure ; mais comme, vu la dureté du bourrelet, il n'a pu employer d'instruments tranchants, il a dû recourir à la destruction galvano caustique. Il admet que la valeur diagnostique de ce cas a été tronquée, mais ici la question scientifique a cédé le pas à l'humanité qui a décidé l'auteur à achever l'opération.

Polyak pense que l'examen du lambeau de tissu existant encore suffirait à éclairer sur la nature de l'affection, surtout pour savoir si le bourrelet était ou non scléromateux.

Baumgarten engage N. à présenter le malade après la seconde intervention.

Morelli a observé des cas analogues où la sécrétion produite

par le catarrhe chronique s'était établie dans la trachée, de sorte que, chez un malade, le Dr Onodi dut trachéotomiser. On enleva la canule et on fit une seconde trachéotomie. Dans ce cas, la sténose nasale était si prononcée que la bougie n° 3 passait à peine; les cordes vocales étaient épaissies et la trachée était occupée par une collection purulente. L'auteur employa les dilatateurs de Schrötter, la sécrétion s'est accumulée dans la trachée au point d'empêcher le retrait de la canule. Le malade partit amélioré, mais il devint tuberculeux et mourut. Chez une jeune fille M. vit distinctement le nez, le pharynx et le larynx recouverts jusqu'à la trachée de pus épais, visqueux et dur comme de la pierre, la malade agonisait déjà, de sorte que M. ne put pratiquer la trachéotomie· D'après ce dernier cas et celui qui vient d'être présenté, on voit que la rhinite et la pharyngite sèche ne sont pas des affections aussi innocentes que beaucoup d'auteurs le croient. L'auteur demande à Navratil par quel moyens il a réussi à donner au nez et au pharynx l'aspect actuel ?

V. Navratil. — L'état du malade a été amélioré avant l'opération au moyen d'injections d'une solution saline chaude et d'inhalations, puis le mucus visqueux qui s'étendait du nez et du pharynx jusqu'au larynx fut enlevé. C'est le moyen que j'emploie maintenant, car j'ai obtenu d'excellents effets de ces inhalations qui font beaucoup de bien. J'ai fait des badigeonnages locaux avec de la glycérine cocaïnée. La cocaïne procure d'abord l'insensibilité, puis elle provoque une forte sécrétion de mucus. En général, dans la rhinite et la pharyngite atrophique sèche j'ai eu à me louer de l'usage de la glycérine cocaïnée. J'ai rencontré plusieurs fois des cas du genre de ceux de Morelli : sclérome nasal et laryngé. Après la laryngofissure, j'ai extrait le sclérome, le malade recouvrait la respiration et pouvait être abandonné mais en lui recommandant de se représenter en cas de dyspnée. Dans un cas de sous-chordite hypertrophique, je fis la trachéotomie sans fendre le larynx, mais malgré la trachéotomie, la dyspnée augmenta, ce qui démontre l'existence d'un obstacle dans la trachée; l'application d'une longue canule de König échoua, on ne put jamais introduire un cathéter anglais, le malade mourut étouffé au bout d'un mois et demi. A l'autopsie on rencontra le sclérome au voisinage de la bifurcation. Feu le Prof. Scheuthauer voulait examiner ce cas en détail ; malheureusement il est mort dans l'intervalle.

Herczel désirerait connaître l'opinion de Navratil au sujet de

l'observation III, et savoir quel est le pronostic local à la suite de la cautérisation ?

NAVRATIL. — L'an dernier j'ai observé trois cas semblables, mais le temps écoulé est trop court pour m'éclairer définitivement, car il pourrait encore y avoir récidive. Le malade que je présente respire bien, même sans canule, et si je n'ai pas retiré cette dernière, c'est que je veux d'abord extraire les lambeaux de la corde vocale. Les deux autres malades ne portent pas de canule et leur état est satisfaisant.

NEUMAN cite deux cas de chordite vocale inférieure hypertrophique qu'il a vu chez Navratil ; chez les deux malades on voit sous les cordes vocales d'épais bourrelets, mais il ne peut se prononcer sur leur nature pathologique, car, améliorés par la trachéotomie, les malades ont quitté l'hôpital. Il a aussi observé chez un enfant de 12 ans une sténose sous-glottique infundibuliforme et survenue à la suite d'une hyperplasie du tissu cicatriciel, qui nécessita la trachéotomie. N. a relaté ces observations à la réunion de Vienne en 1894, et là il a aussi entendu parler de malades améliorés spontanément après la trachéotomie. Il faudrait savoir quel substratum pathologique produit sous le nom de chordite vocale inférieure hypertrophique des affections cliniquement si semblables. Pour ce qui a trait à l'image clinique, la blenorrhée de Störk et l'ozène laryngien appartiennent également à ce groupe. L'auteur a observé il y a 5 ans un cas analogue à celui de Navratil, où la sténose s'étendait jusqu'à la bifurcation à la suite d'un sclérome nasal et laryngé primitif.

ONODI demande à Navratil quels instruments il a employé pour pratiquer la dilatation dans l'observation II ?

NAVRATIL se sert d'abord de bougies élastiques, et si le malade les supporte bien, il emploie alors son propre dilatateur ; dans d'autres cas il fait usage des dilatateurs de Schrötter.

VIIe Séance. — 15 novembre 1894.

1. BŒKE. — **Un cas de phlébite des sinus.** — Le malade entra le 4 octobre 1894 dans le service otologique de l'hôpital Saint-Roch, Il est atteint depuis son enfance d'une otorrhée droite, a eu de violentes otalgies à diverses reprises, et souffre depuis quinze jours d'une vive céphalalgie qui ne le quitte pas ; le vertige est

apparu il y a huit jours, de sorte qu'il peut à peine marcher. Dès son entrée le malade est très faible, il répond lentement et avec peine aux questions qui lui sont posées L'apophyse mastoïde est intacte, insensible à la pression; derrière l'apophyse, le long du sterno-cléido-mastoïdien, en arrière jusqu'à la clavicule, le moindre toucher provoque de vives douleurs, la jugulaire est palpable et a l'épaisseur du petit doigt. Après une injection dans l'oreille, les parois du conduit auditif externe apparaissent normales, le pus qui est sorti est fétide et mêlé à des lambeaux d'épithélium. La membrane tympanique est complètement affaissée, à sa place on voit des granulations charnues. L'ouïe, en ce qui concerne la voix et la montre, est nulle. Par l'épreuve de Weber le malade donne des réponses inintelligibles. Le soir, frisson; la température s'élève à 38. Nuit agitée : des applications de glace ne procurent aucun soulagement.

Les symptômes et l'examen faisaient croire à de la pyémie, mais on ne pouvait repousser l'idée d'une méningite. Il n'existait pas de gonflement douloureux circonscrit derrière l'oreille, ainsi que l'on décrit le symptôme de Griesinger dans la thrombose du sinus transverse, mais la grande sensibilité du sterno-cléido-mastoïdien laissait croire que nous avions affaire dans ce cas à une résorption purulente survenue sur le trajet du sinus et à une phlébite des sinus. Selon l'opinion de Schwartze, dans les cas de ce genre la trépanation de l'apophyse mastoïde ne sert à rien. Chez notre malade, la possibilité d'une opération était écartée par son état; il avait continuellement la fièvre qui au bout de deux jours, atteignit 40°, des frissons répétés et des syncopes. L'ictère se montra le quatrième jour, le malade rendait souvent des selles jaunes et parfois mêlées de sang. A la suite de syncopes répétées, il succomba le 21 octobre.

A l'autopsie, on trouva sous la face inférieure du cervelet un abcès gros comme une noix, rempli de mucō-pus, d'un gris brunâtre ; autour, la substance blanche cérébelleuse était ramollie, et la pie-mère était recouverte d'un exsudat fibrineux. Le tegmen tympani était intact, la paroi interne de la fosse sygmoïde était perforée dans le voisinage du foramen jugulaire, dans un espace large de 2 centimètres et poreuse, le sinus latéral droit était rempli en partie de thrombus organisé, en partie de restes thrombosés atrophiés, d'un rouge brun, sale, adhérant à la paroi. On observe les mêmes modifications sur la veine jugulaire interne. On rencontre aussi des abcès métastatiques dans les régions périphériques des bronches, une nécrose de la plèvre,

une pleurésie fibrineuse purulente bilatérale, une dégénérescence parenchymateuse du foie et des reins, un ramollissement de la musculature du cœur, de l'ictère, de la pyémie.

LICHTENBERG. — En ce qui concerne l'indication de la trépanation, on croit généralement qu'il ne faut espérer, dans les cas douteux, que lorsque l'ouverture fait découvrir le foyer purulent; alors le malade peut être sauvé par l'opération.

BŒKE. — Le malade était déjà très abattu et l'apopyse mastoïde semblait intacte. D'après Schwartze, dans la phlébite des sinus il faut s'abstenir d'ouvrir l'apophyse mastoïde; mais chez ce malade le diagnostic était certain.

LICHTENBERG. — Je ne sais pas si Schwartze s'est élevé une fois contre cette méthode, mais, au contraire, on opère des cas analogues à Halle.

BŒKE. — Nous ne lisons que des relations de cas heureux; nous n'entendons pas parler des faits malheureux.

2. BŒKE. — **Extraction d'un corps étranger de la caisse du tympan.** — Le 18 octobre, une petite fille de 3 ans et demi me fut amenée par son père qui me raconta qu'elle s'était introduit un grain de maïs dans l'oreille droite; au bout de 15 jours, les tentatives d'extraction ont enfoncé davantage la graine; depuis, l'enfant est agitée, ressent des douleurs, et son oreille coule. Elle a eu la scarlatine deux ans auparavant.

A l'examen, je vis sur le pavillon, et surtout autour du méat et du lobule, des zones excoriées, suppurantes. Le conduit auditif externe était rempli de pus; après le lavage ses parois apparurent dénudées et très rouges. Sur le plancher du conduit auditif externe je vis le segment rond comme un pois d'un corps étranger jaunâtre qui était enclavé dans une perforation du quadrant postéro-inférieur du tympan. Les parties antérieure et supérieure du tympan étaient rouges et tuméfiées. Le marteau était invisible. Les irrigations ne font pas remuer le corps étranger. Je voulais d'abord calmer l'inflammation du conduit auditif externe et de la caisse, et dans ce but je fis des lavages avec une solution boriquée à 2 % et des badigeonnages avec une solution de chlorure de zinc à 1 %. La sécrétion diminua mais ne s'arrêta pas, seules les excoriations du pavillon de l'oreille guérirent, l'enfant se sentait un peu mieux, mais je dis au père qu'en cas de fièvre, de maux de tête, il faudrait extraire le corps étranger. Je vis la fillette tous les deux jours, et je lavai chaque fois l'oreille, le corps étranger demeurait toujours immobile. Le 27 octobre, le père apporta l'enfant à l'hôpital d'en-

fant Stéphanie, parce qu'elle passait de mauvaises nuits et souffrait de maux d'oreille. Le 29 octobre, M. Verebélyi chercha à enlever le corps étranger sous anesthésie, avec une curette auriculaire, mais il échoua. Température 38°. Je vis l'enfant le lendemain, la fièvre atteignait 38,8. L'écoulement étant abondant, j'ordonnai des lavages boriqués tièdes toutes les heures, et je convins avec M. Verebélyi de pratiquer l'opération le lendemain. Le 31 octobre : anesthésie, incision verticale longue de 5 centimètres derrière le pavillon de l'oreille, décollement du pavillon ; on détache la paroi postérieure cartilagineuse du conduit auditif externe, ouverture du conduit qui permet de voir le corps étranger qui siège dans la caisse et n'est enclavé dans la perforation que par sa périphérie externe. Le corps étranger, un grain de maïs dit *cinquantin*, fut soulevé facilement au moyen d'une sonde en forme de cuillère et retiré, ensuite on sutura la plaie. Etat général bon les 1er et 2 novembre. Température 39,1 — 38,8 ; le 2 novembre, nuit agitée, douleurs cervicales, la plaie est saine. Du 8 au 10 novembre, fièvre intermittente, la fillette est apathique, tremblement des extrémités. Symptômes méningitiques le 11 novembre. La suite de la maladie sera rapportée dans les prochaines séances.

SZENES. — J'ai observé aussi pendant un certain temps cette malade. Le père m'amena l'enfant le 10 octobre en me disant que l'enfant s'était introduit la veille le grain de maïs dans l'oreille. L'extraction fut tentée d'abord par les parents, puis par un médecin, mais sans succès. Je trouvai le corps étranger au-delà de l'isthme, la membrane tympanique avait une apparence suspecte. Je fis une irrigation dans l'oreille, et je vis que l'eau pénétrait dans le pharynx et le nez. J'attirai de suite l'attention du père sur la gravité de la chose, et les adressai à la Charité, car ils habitaient Bude.

Ils revinrent les 11, 13 et 16 octobre, à ce moment le pus remplissait l'oreille que je lavai suivant le procédé de Voltolini, mais sans pouvoir faire sortir le corps étranger ; une tentative avec le crochet de Zaufal échoua également. Je proposai l'opération mais le père effrayé ne reparut pas. Je ferai encore remarquer que j'ai toujours retiré les corps étrangers par des injections, sans instruments, sans opération sanglante. J'ajouterai que les corps étrangers, que les malades font pénétrer plus profondément en voulant les retirer, sont bien plus faciles à extraire que ceux que le médecin a tenté d'enlever et qu'il a ainsi poussés plus avant.

Lichtenberg voit une grande lacune entre l'accident et ses suites. Le corps étranger n'était pas enfoncé très profondément, l'opération avait été correctement exécutée, qu'est-ce qui a donc pu causer la méningite ? L. propose l'ajournement de la discussion jusqu'après l'examen de la pièce anatomique.

Bœke. — Quand je vis la malade pour la première fois, je fus frappé de la violence de la suppuration et de l'étendue et de la profondeur du processus inflammatoire.

Vali demande si la suppuration était localisée à la cavité tympanique ou seulement aux alentours du corps étranger.

Bœke. — Il s'écoulait du pus à côté et derrière le corps étranger, ainsi que du conduit auditif externe ; tout le pavillon de l'oreille ne formait qu'une plaie.

Lichtenberg. — Dans les cas de corps étranger où les premières tentatives du médecin ont échoué, l'extraction est beaucoup plus malaisée que lorsque l'on n'a fait aucune tentative d'extraction. Cela vient de ce que le médecin est contraint par l'entourage à tout essayer, sans quoi son habileté est mise en cause et il perd son autorité.

3. Bœke. — **Paralysie faciale au cours d'un catarrhe aigu de la caisse du tympan.** — Cocher, âgé de 25 ans, admis le 5 octobre 1894 dans le service de l'auteur. Il s'est refroidi deux jours auparavant par un orage, a ressenti des élancements dans l'oreille droite et le lendemain il lui est impossible de fermer l'œil droit, la bouche était déviée à gauche. Les douleurs d'oreille vont et viennent, l'audition est mauvaise ; pas de bourdonnements. A l'examen, on trouve les signes caractéristiques d'une paralysie faciale droite, mais la luette est sur la ligne médiane. Les vaisseaux tympaniques sont injectés surtout près du manche du marteau ; on voit une strie rouge, le triangle lumineux manque, la membrane du tympan est d'un gris trouble strié, elle s'affaisse vers la caisse, l'air qui pénètre dans la trompe à travers le cathéter provoque du ronchus, en arrière la membrane tympanique ne bombe que très peu vers l'extérieur. Le malade ne perçoit la montre qu'au contact avec le pavillon, l'épreuve de Weber procure à l'oreille malade une perception plus sensible que du côté sain. L'existence d'une tympanite aiguë est hors de doute, la paralysie faciale est une manifestation que l'on rencontre rarement associée aux affections catarrhales de l'oreille. Des compresses froides et le Politzer font qu'au bout de deux jours le malade peut fermer les yeux. L'injection de la membrane du tympan a disparu, l'ouïe est meilleure, seule

la bouche est encore déviée. Guérison complète en huit jours.

Lorsque le malade ne ressent pas de douleurs d'oreilles et que l'audition est bonne, on donne ordinairement à ce genre de paralysie faciale la dénomination de rhumatismale, car lorsque le pouvoir auditif est intact on ne s'inquiète pas d'explorer l'organe de l'ouïe.

Dans ce cas, la paralysie pouvait être imputée à deux causes ; il est possible que le canal osseux de la trompe de Fallope ait été incomplet, qu'il existât une déhiscence et que le gonflement de la muqueuse, survenu à la suite du catarrhe, ait produit une pression sur le nerf à travers le canal osseux incomplet, ou que l'artère stylo-mastoïdienne, qui circule aussi dans la trompe de Fallope, ait également pris part à la distension des vaisseaux de la cavité tympanique, et ait ainsi comprimé le nerf et interrompu sa fonction. La localisation de cette compression peut s'observer quand la luette est intacte ; elle doit siéger au-dessous du genou du facial, car on sait que les fibres faciales aboutissant à la luette proviennent du ganglion géniculé.

Je ferai remarquer encore que dans notre cas la paralysie a été subite ; ordinairement, les paralysies de ce genre s'expliquent par la destruction du facial ; d'autre part des paralysies à développement lent sont caractéristiques des suites d'une inflammation. On voit clairement, d'après mon observation, que ces hypothèses sont insoutenables.

Lichtenberg. — Dans les cas aigus la paralysie ne peut pas être consécutive à la destruction, car il n'existe pas de destruction.

Boeke. — D'habitude dans ces cas la paralysie se développe lentement, mais chez mon malade elle a été subite. A la question de M. Baumgarten, qui me demande s'il existait des troubles du goût, je répondrai négativement. Je dirai à M. Szenes qu'il n'y avait pas d'exsuidat, mais seulement un gonflement hypérémique.

4. v. Navratil. — **Traitement opératoire des papillômes multiples du larynx.** — En raison des fréquentes récidives, il faut adopter un traitement qui empêche les récidives. Pour les papillômes simples, l'extirpation endolaryngienne réussit assez fréquemment, on peut l'employer aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, ceci est une conquête du miroir laryngé. Il en est autrement des papillômes multiples lorsqu'ils obstruent l'orifice du larynx et amènent des troubles respiratoires ; il faut d'abord

sauver la vie par la trachéotomie, et ensuite extraire les papillômes, ce que j'exécute de diverses manières chez l'enfant et chez l'adulte. Autrefois chez les enfants je pratiquais la laryngofissure et je tentais d'enlever le papillôme avec la muqueuse à laquelle il adhère. J'ai opéré souvent de cette façon, mais il y eut récidive, quoique pas aussi promptement que par la méthode endolaryngée, ce qui fait que dans ces derniers temps j'ai abandonné ce procédé. J'attribue la récidive à ce que, chez l'enfant, l'espace restreint du champ opératoire ne permet pas une grande précision.

Récemment j'ai opéré par ce moyen de nombreux malades chez qui je retirai en plusieurs séances les papillômes que l'on voyait à travers la section trachéale externe, soit par la bouche, soit par la plaie. Depuis 2 ans et demi à 3 ans, ces cas n'ont pas récidivé.

Chez l'adulte, comme le champ opératoire est plus vaste, on pratique la laryngofissure aussitôt après la trachéotomie et on retire les papillômes avec leur pédicule. Je n'ai jamais vu de récidive à la suite de cette opération.

Tandis que les enfants n'ont jamais eu d'accidents fâcheux consécutifs aux opérations endo-laryngiennes, chez l'adulte j'ai rencontré trois cas de cancer épithélial consécutif.

5. Neuman. — **Contribution au traitement des papillômes du larynx** — Les papillômes récidivent avec opiniâtreté chez l'enfant ; si on les enlève, ils se reproduisent en masse en un ou deux ans ; ainsi on peut voir à l'hôpital d'enfants un flacon d'un demi-litre rempli des papillômes extraits en quatre années à un enfant. La guérison dépend plutôt de la disposition qu'ont les papillômes à récidiver que de l'extirpation radicale. Parfois la récidive ne se produit qu'après plusieurs années.

J'ai été à même d'observer un cas très intéressant où les papillômes disparurent spontanément, probablement en se résorbant.

On me conduisit l'enfant âgé de 6 ans durant l'hiver de 1892 : il était enroué depuis deux ans et totalement aphone depuis quelques mois. Les deux cordes vocales étaient recouvertes de papillômes, surtout sur la paroi antérieure siégeaient des végétations en chou-fleur qui furent enlevées en l'espace de trois semaines en plusieurs séances au moyen de mon instrument ; le larynx était débarrassé, mais les cordes vocales irritées ne permettaient l'émission d'aucun son. Au bout de deux à trois semaines, la respiration redevint difficile, les mouvements extérieurs des cordes vocales se faisaient mal. Les cordes étaient

enflammées, on observa une ou deux légères récidives. Quand la sténose apparut, j'adressai l'enfant à l'hôpital Stéphanie, avec la prière de pratiquer le tubage s'il en était besoin. M. Baumgarten attribua aussi la sténose à l'inflammation des cordes vocales, il vit la récidive, mais ni lui ni moi ne pûmes découvrir la relation de ces papillômes avec la sténose. L'intubation fit cesser la dyspnée, la respiration demeura libre deux heures après le retrait du tube. Mais les progrès de la récidive font craindre que des parcelles de tumeurs n'aient pénétré dans la trachée pendant le tubage, car les papillômes recouvraient non seulement les cordes vocales, mais ils siégeaient encore sur le bord libre de l'épiglotte. A la fin de février, M. v. Kovàcs fit la trachéotomie, la dyspnée fut enrayée et les papillômes semblèrent disparaître. Quand j'examinai l'enfant, à l'automne, je vis avec étonnement que les végétations épiglottiques étaient complètement résorbées, on ne voyait plus qu'un papillôme sur la paroi antérieure, mais il disparut de lui-même et ne fut certainement pas rejeté.

Cette résorption spontanée des papillômes, dont je n'ai pas trouvé d'exemple dans la littérature, est semblable à la résorption connue des verrues épidermiques. Toutes deux sont des formations épidermiques (Pachydermie verruqueuse de Virchow).

L'auteur appelle l'attention sur cette résorption ; peut-être n'a-t-on pas remarqué jusqu'ici cette disposition spontanée à la guérison, parce que d'ordinaire l'opération n'est pas suivie de récidive.

Comme chez les enfants porteurs de papillômes, il faut pratiquer tôt ou tard la trachéotomie, N est d'avis de la faire au début de la sténose ; aussi ne faut-il pas se hâter d'extraire les papillômes, mais agir prudemment après chaque récidive. Si le larynx est obstrué et que l'enfant ne puisse parler, il faut intervenir afin que les muscles glottiques ne s'atrophient pas, du reste nous attendrons la régression et l'épuisement de la disposition à la récidive, qui survient presque sans exception dans un temps donné.

Pour retirer les papillômes, l'auteur emploie un catheter d'acier pointu fenêtré construit d'après les indications de M. Löri, mais avec certaines modifications qu'il décrira ultérieurement.

Baumgarten. — Je n'ai pratiqué l'intubation chez le malade de M. Neumann que parce que les parents ont refusé la laryngofissure. Je suis d'accord avec M. Navratil au sujet de l'adulte,

mais chez l'enfant je crois que la façon d'intervenir dépend de l'âge et du développement et de l'envahissement des papillômes. Chez les enfants au-dessous de 8 ans, l'opération endo-laryngée n'amène aucun résultat particulier; il faut toujours en venir à la trachéotomie, plus ou moins tôt. Lorsque les papillômes envahissent le larynx et attaquent l'épiglotte, je suis partisan de sectionner la trachée et de faire la laryngofissure. Il se forme aussi des granulations autour de la canule. Chez un enfant, je pratiquai la fissure, puis je nettoyai la plaie trachéale, le malade se trouva bien pendant un moment, puis il survint un gros granulôme sur la bifurcation et l'enfant mourut en trois mois. Ces granulations récidivent promptement et s'étendent, ce qui engage à beaucoup de prudence pour le pronostic. Chez les enfants âgés de plus de 8 ans, on peut tenter la méthode endolaryngienne, si l'affection est tenace on peut éviter la trachéotomie et extirper les papillômes.

Polyak désirerait savoir si la récidive affecte de préférence les places où siégeaient les tumeurs ?

V. Navratil. — Quand le larynx est étroit, il est difficile de délimiter la récidive, car ordinairement on ne nous amène l'enfant que lorsque les végétations recouvrent déjà la partie supérieure du larynx. Je crois qu'il se forme des papillômes aux endroits indemnes auparavant. L'opinion de M. Neuman mérite d'être prise en considération, il y a des cas où les papillômes se développent rapidement entravent la déglutition, croissent en arrière dans l'espace laryngé inférieur, provoquent des accidents respiratoires et tombent dans la trachée ; avec ce genre de tumeurs, comme avec les granulômes nous avons toujours beaucoup de mal. Je n'ai encore jamais observé l'atrophie des muscles de la parole ; comme l'enfant tente toujours de parler, il existe certainement une fonction musculaire. Je n'ai pas rencontré non plus de résorptions semblables à celles décrites par M. Neuman, mais on doit s'attendre à en rencontrer.

Baumgarten. — Je citerai même encore un cas que j'observe actuellement. L'enfant a 3 ans et demi, il y a dix-huit mois il avala un morceau de sucre qui tomba dans le larynx. Un médecin enleva aussitôt le corps étranger ; mais l'enfant s'enroua, la respiration s'embarrassa et on dut trachéotomiser. Maintenant il respire péniblement même avec la canule. L'enfant étant très ombrageux, je ne pus que jeter un coup d'œil dans le larynx et j'aperçus un papillôme sur l'épiglotte ; j'en ai retiré beaucoup, mais en trois semaines il s'en est reproduit

davantage. On se demande s'il y a relation entre le développement du papillôme et l'introduction intempestive du sucre ? Je crois que non et je vais pratiquer la laryngofissure et le curettage.

VIIIe séance. — 25 janvier 1895.

Le président annonce la mort du Prof. Gottstein, de Breslau, en mémoire duquel les assistants se lèvent de leurs sièges.

1. Baumgarten. — **Occlusion membraneuse des choanes** (présentation). — La plupart des 37 cas relatés dans la littérature concerne des occlusions osseuses ; les membraneuses sont bien plus rares. L'auteur en a décrit un cas en 1889 dans le *Orvosi Hetilap* qui diffère de celui qu'il présente et de ceux qui ont été décrits jusqu'alors, en ce qu'il n'était pas congénital, mais acquis.

Femme de 30 ans, mère de deux enfants, bonne santé jusqu'ici. Il y a dix mois elle eut l'influenza, et depuis elle ne respire plus par le nez, la gorge est sèche, et elle accuse une sensation d'étouffement. B. trouva un catarrhe sec du pharynx avec une forte diminution de la sensibilité. La partie postérieure du naso-pharynx est libre, la portion antérieure est obstruée par une membrane rouge qui part de la voûte pharyngée à peu près vers la ligne médiane et atteint l'extrémité pharyngée du voile palatin.

Au milieu de la membrane se trouve une ouverture large de trois mm.et longue cinq mm. par laquelle on aperçoit une partie de la cloison des choanes. Par la rhinoscopie antérieure, on pouvait croire au premier abord qu'il n'existait rien d'anormal, car pendant la phonation, on distinguait les mouvements du voile du palais, mais en regardant attentivement, on voit l'ouverture précitée, et l'on remarque que le champ visuel, semblant normal, consiste en une membrane rouge percée au milieu. Pendant la phonation et la respiration, la membrane mobile atteint les parties internes des choanes, de sorte qu'il se produit une occlusion des choanes supérieures et du naso-pharynx antéro-inférieur. J'enlèverai la membrane par la voie osseuse.

Boeke. — Comment M. Baumgarten explique-t il l'existence de la membrane ?

Baumgarten. — J'y ai beaucoup réfléchi, mais je n'ai pas

trouvé d'explication. Dans le cas de 1889, j'ai rencontré des ulcérations syphilitiques du pharynx, donc vraisemblablement la membrane était de nature syphilitique. Les cas congénitaux sont d'un diagnostic plus facile. L'examen histologique peut aussi aider ; peut-être a-t-on affaire à du scléıome ou à du tissu cicatriciel.

Boeke — Avez-vous examiné le nez ?

Baumgarten. — Le nez est normal, on ne voit qu'en arrière la membrane mobile.

Polyak. — Il est malaisé d'expliquer par la seule image post-rhinoscopique la provenance de la membrane ; mais dans les formations de membranes de ce genre, qui proviennent de processus cicatriciels, nous pouvons, s'ils ne sont pas de nature syphilitique, trouver d'ordinaire facilement les traces de la cause du mal. Dans la tuberculose, qui est ici très rare, la cicatrice offre un tout autre aspect. Il en est de même du sclérome qui dans cette forme n'est ordinairement pas localisé au pharynx-nasal. Bref, malgré l'absence de manifestations syphilitiques, je crois que c'est à celle ci qu'il faut rattacher l'existence de la membrane.

Baumgarten. — Il ne peut être question ici de cicatrice, mais seulement d'une membrane rouge. La syphilis n'est pas non plus en jeu.

Nemai. — La membrane n'est-elle pas congénitale ?

Baumgarten accepte cette hypothèse. Peut-être, au début, l'ouverture était elle plus grande et s'est-elle rétrécie ensuite. Elle est aujourd'hui presque fermée.

2. Nemai. — **Papillôme du voile du palais** (présentation).

3 Bœke. — **A propos du cas d'extraction d'un corps étranger de la caisse présenté à la dernière séance.** Après avoir résumé sa communication précédente, B. donne les détails suivants :

Le 11 novembre au matin, crampes spasmodiques qui durent toute la journée, rigidité de la nuque, paralysie vaso-motrice. Perte de connaissance le 12 novembre. Strabisme divergent. Le 14 novembre, la syncope continue, les pupilles ne réagissent pas, pouls très faible, violentes crampes toniques des extrémités, respiration de Cheyne-Stokes, l'après-midi, œdème pulmonaire, mort.

Autopsie : Leptoméningite fibrineuse purulente de la base du cerveau et de la moelle épinière, hydrocéphalie interne aiguë consécutive. Catarrhe aigu de la caisse, perforation de la membrade tympanique. Otite purulente externe consécutive. Hypéré-

mie et œdème médullaire de l'apophyse mastoïde. Bronchite catarrhale du lobe inférieur pulmonaire, cicatrice anciennede la région rétro-auriculaire droite.

D'après l'auteur, on voit clairement que l'extraction du corps étranger n'était que trop indiquée, car il est hors de doute que les accidents cérébraux sont imputables aux tentatives d'extraction, et que l'excision du corps étranger était le seul moyen d'enrayer ces manifestations.

Notre échec est venu de la gravité des accidents; on voit, par l'observation, que les signes indicateurs de l'opération : fièvre, céphalalgie, agitation, enfin les troubles cérébraux ont été peu atténués par l'opération ; et tandis que la plaie, sise derrière le pavillon de l'oreille, se refermait et que l'otorrhée cessait, les accidents cérébraux empirèrent, prirent la forme d'une méningite cérébro-spinale et le décès survint.

Bien que l'autopsie, à laquelle je n'ai malheureusement pas pu assister, ne révélât aucune destruction du rocher, que le tegmen tympani et les parois du sinus sigmoïde fussent intacts, ce n'est pas une raison pour attribuer la mort à une méningite cérébro-spinale primitive, je crois plutôt comme cause de la leptoméningite à une métastase purulente par la voie des vaisseaux sanguins ou à travers la fissure pétro-squameuse non encore complètement fermée ; cette idée est corroborée par ce qu'on a trouvé dans les poumons une pneumonie métastatique identique.

Lichtenberg. — Quels étaient les symptômes avant l'opération ?

Bœke. — L'enfant était agité, sans sommeil, fiévreux et souffrait de la tête. Jusqu'au 27, il fut soigné à la consultation externe, et lorsqu'il entra à l'hôpital il présentait déjà ces troubles.

Lichtenberg remercie l'auteur de ces éclaircissements qu'il avait déjà entendus énoncer, mais qui jouent un rôle plus important depuis les derniers renseignements. Mais il est difficile, en se basant sur une autopsie très défectueuse, au point de vue otologique, de trouver le rapport existant entre le corps étranger et la mort; comme on n'a pas signalé à l'autopsie de passage conduisant de l'apophyse mastoïde au sinus ou au cerveau, on n'a pu constater de relations anatomiques entre les corps étrangers, les tentatives d'extraction, l'opération et la méningite; d'après le cours de la maladie, les symptômes méningitiques manifestes antérieurs à la maladie et l'ensemble des accidents, il ne peut se former une opinion au point de vue clinique, pour

savoir s'il existe des rapports entre le corps étranger et la marche de l'affection.

Szenes. — Je crois aussi qu'il y a connexion entre le corps étranger et le décès. Il est regrettable que l'examen bactériologique n'ait pas été fait ; le père de l'enfant me raconta qu'il avait déjà perdu trois enfants d'éclampsie et de méningite ; il n'est donc pas impossible que l'examen bactériologique eut révélé l'existence d'une méningite tuberculeuse.

Mon idée sur la connexion est confirmée en ce que l'otite moyenne consécutive à la scarlatine est suivie d'un écoulement si abondant, qu'il ne peut échapper à l'attention des parents; et ici le père n'a rien remarqué. Toutefois, il est impossible qu'il y ait eu une anomalie persistante de la membrane tympanique, et que l'otorrhée, après l'introduction du corps étranger, ait été ramenée par les injections pendant les tentatives d'extraction.

Tomka demande si le Dr Szenes a fait l'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil ; l'existence d'un engorgement aurait fourni une indication vitale pour l'opération radicale consécutive, car on n'aurait pas trouvé d'autres causes de la névrorétinite incipiente. L'a.teur a oublié, dans le protocole de l'autopsie, la description du labyrinthe qui joue, on le sait, un rôle important dans la diffusion des affections purulentes, au cours des traumatismes de la membrane de la fenêtre ovale.

Szenes. — Je connais l'article de Zaufal, dans lequel il préconise l'importance de l'examen ophtalmoscopique, mais dans les premières 24 heures, lorsque je vis l'enfant, je me hâtai de laver l'oreille et je n'examinai pas l'œil, car l'eau avait déjà pénétré dans le nez et dans le pharynx, la membrane tympanique était également atteinte. Je revis ultérieurement deux fois le malade, et quand l'examen ophtalmoscopique fut indiqué, le père, par crainte de l'opération, ne me ramena plus l'enfant.

Vali. — M. Szenes devrait savoir si la suppuration avait précédé l'introduction du corps étranger et si la membrane tympanique avait été déjà perforée.

Lichtenberg. — Cela a peu d'importance, mais il faudrait savoir s'il existait une relation entre les deux affections.

Bœke ne croit pas que la leptoméningite soit venue par la voie des vaisseaux sanguins ; ainsi qu'on le voit par l'infiltration suppurée des poumons, car il ne s'agissait pas d'une inflammation primitive, mais de métastases; c'est ce qui a pu se produire dans le cerveau; bref, la mort a été provoquée par la résorption

du pus, ce qui a été confirmé par la marche de la maladie et l'autopsie.

LICHTENBERG fait encore remarquer à M. Szenes que, dans ce cas, l'image de la leptoméningite et ses symptômes aigus étaient si probants, que l'examen bactériologique eût été superflu; la méningite tuberculeuse est tellement différente de ce qu'on lit dans le procès-verbal de l'autopsie, que cette idée doit être rejetée.

TOMKA remercie M. Bœke d'avoir communiqué son observation. Il serait à désirer que tous les cas analogues fussent toujours décrits avec la même précision, car ils auraient moins souvent une issue fatale, vu qu'ils sont certainement bien plus fréquents qu'on ne le dit dans la littérature.

IXe Séance. — 29 février 1895.

1. POLYAK. — **Tuberculôme nasal** (présentation). — Malade de la province, âgé de 49 ans, se plaignant que depuis six mois sa narine droite soit devenue une plaie à l'intérieur, qu'elle saigne et s'obstrue lentement. Des croûtes et des hémorrhagies ont également atteint la narine gauche depuis six semaines.

Je trouvai la narine droite obstruée totalement par une tumeur granuleuse, irrégulière, saignant facilement. A gauche, en avant sur la cloison, on voyait un tissu saignant facilement, recouvert en partie de croûtes desséchées, d'un blanc sale, grosse comme un *thaler*, flasque, granulant çà et là, modérément soulevé.

J'enlevai la tumeur de la narine droite au moyen de l'anse chaude, et je vis que la tumeur était implantée dans la partie droite de la cloison correspondant aux modifications décrites à gauche. L'hémorrhagie légère consécutive à l'opération a été arrêtée par des insufflations de dermatol.

La tumeur excisée, dont je vous montre un fragment conservé dans l'alcool, avait 30 millimètres de long et 14 millimètres de large, érodé à sa partie externe, couvert de granulations, lisse à l'intérieur, rouge vin de Bordeaux, assez molle, la surface sectionnée d'un gris gélatineux, irrégulièrement cartilagineuse, présentant un épais tissu cicatriciel par place, ou des points proéminents rejoints. Les parcelles durcies dans de l'alcool absolu, de l'éther alcoolisé et de la celloïdine, montrèrent sur les

coupes traitées par la picrosafranine la structure suivante : la muqueuse manque par place, elle est soit épaissie, soit dure comme de la corne, pauvre en glandes et en vaisseaux. La tumeur consiste en un fin tissu cicatriciel réticulaire, ayant par endroits d'épaisses couches fibreuses, quelques vaisseaux sanguins fortement dilatés, mais dans son ensemble elle est pauvre en vaisseaux. Entre les vaisseaux se voient de nombreux tubercules, présentant au centre des traces d'une atrophie au début ; les cellules sont mal colorées, proliférantes, les noyaux ratatinés, désagrégés. Dans les tubercules, on voit de rares, mais très caractéristiques cellules géantes de Langhans. Autour des tubercules on observe une infiltration notable des cellules rondes, et de nombreuses cellules migratrices dans tout le tissu.

Les bacilles étaient rares, deux à trois par coupes, et siégeaient pour la plupart dans les cellules géantes.

L'examen histologique démontra que la tumeur était un tuberculôme. Il faut encore remarquer que, trois jours après l'opération, la section de la plaie était recouverte de granulations d'un rouge vif. Par la sonde je me suis assuré qu'aux parties affectées de la cloison le cartilage s'était déjà affaissé ; une légère pression suffisait à passer de l'autre côté à travers les tissus.

Il n'existait ni tuberculose pulmonaire, ni autre. Le malade s'alimentait bien, ne présentait pas trace de cachexie et n'était gêné que par l'affection nasale. A mon grand regret, je ne suis pas en mesure de donner des détails sur la marche ultérieure de l'affection, car, après le diagnostic, la malade se refusa à toute opération et retourna chez elle.

Je ne m'étendrai pas aujourd'hui sur les formes rares de tuberculose nasale. Les confrères qui s'intéresseraient à ce sujet pourront lire l'article de Chiari (*Archiv. f. Lar.* Bd. 1) qui contient six observations Nous savons que la maladie affecte deux formes : les ulcérations granuleuses qui ont grande tendance à s'atrophier, et ensuite les formes très rares de formation de tumeur auxquelles appartient mon cas. Chiari cite un total de 21 cas, il semble que la maladie atteigne de préférence les femmes, qu'elle ait grande tendance à récidiver, mais qu'elle ne dégénère que rarement en tuberculose généralisée.

Zwillinger. — Je n'ai pas encore observé de cas de ce genre et ne connais la maladie que par les descriptions. Les tuberculômes du larynx peuvent rétrocéder spontanément. Je l'ai vu en huit mois dans un cas.

Irsai. — J'ai rencontré un de ces cas il y a trois mois, mais le fragment incisé a été égaré et je ne puis me prononcer sur ce cas.

Nous savons que les symptômes cliniques doivent avoir le pas sur l'examen histologique, car ils sont les principaux. Le tuberculôme nasal n'est pas si rare aujourd'hui qu'on le croyait autrefois. B. Frănkel, en 1880, dans son travail sur les affections nasales (Ziemssen) dit n'avoir rencontré aucun cas, Mackenzie de même. Il ne s'ensuit pas qu'ils n'existent pas : mais alors on n'avait fait ni l'examen histologique, ni la bactériologie. Hajek fait remarquer qu'on ne rencontre les bacilles que dans les tissus situés profondément.

Il ne faut pas perdre de vue non plus que les cas décrits sont presque tous secondaires.

Il n'y a aucun doute que l'image clinique et l'aspect de la maladie aident au diagnostic, ainsi que Polyak le dit justement. Volkmann, se basant sur les symptômes cliniques, attire l'attention sur le fait que dans l'ozène, même lorsqu'il y a des indices de syphilis, la tuberculose peut se manifester. Il est caractéristique, quand la cloison est atteinte, que l'*introitus* soit affecté en seconde ligne, mais dans ces cas le tissu est ordinairement très dur et résistant et nous devons prendre garde à ne pas confondre la tuberculose avec le lupus. Le bacille est le même dans les deux, mais les symptômes cliniques diffèrent dans leurs manifestations externes. Dans les tuberculômes purs on doit aussi rencontrer ailleurs la tuberculose, et le pronostic n'est pas très brillant, bien que ce genre de tuberculôme puisse guérir ; naturellement que les récidives peuvent aussi se produire. Aussi, le traitement est il très efficace et tout le tissu malade doit être détruit. L'acide lactique est ici indiqué, mais seulement lorsque les parties malades sont entièrement excisées. Mes malades ont guéri par les toniques et l'acide lactique.

Krepuska. — J'ai présenté en 1891 à la Société Royale de médecine deux cas dans lesquels le nez et l'oreille étaient simultanément affectés. L'image clinique m'a également aidé à diagnostiquer la tuberculose nasale et auriculaire, mais les cas étaient secondaires. Dans ceux où le tissu était enlevé de la membrane tympanique, j'ai reconnu dans les deux cas les cellules géantes et les bacilles tuberculeux.

Il faut beaucoup de patience pour chercher les bacilles. J'ai fait 60 à 80 coupes d'une granulation et j'y ai rencontré trois fois des cellules géantes et une seule fois le bacille. Ma seconde

observation était intéressante en ce que, à côté de l'affection auriculaire tuberculeuse bilatérale, toute la muqueuse du nez et du pharynx était recouverte de granulations tuberculeuses, ce qui prouve que la muqueuse était infectée par les crachats.

V. Navratil. — Je n'ai pas vu de tuberculose nasale depuis qu'on examine l'affection au point de vue histologique et bactériologique ; autrefois, j'ai pris pour des sarcômes des tumeurs de ce genre siégeant sur la cloison, et comme l'acide lactique n'était pas encore connu, je les détruisis par le galvano-cautère. Je ne doute pas que ces cas fussent des tuberculômes, mais les parties extirpées ont été perdues et ainsi l'examen ne peut être complété.

On rencontre plus souvent les tuberculômes secondaires que l'on confond fréquemment avec les syphilômes et qui, comme les ulcérations tuberculeuses buccales et pharyngées, peuvent être confondus avec la syphilis.

Polyak. — En présentant ce cas je n'avais pas l'intention de décrire en détail les symptômes cliniques et la marche du tuberculôme nasal, et je n'ai pas voulu non plus m'occuper de la tuberculose nasale secondaire. Mon observation concerne un tuberculôme nasal primitif, qui, lorsqu'il atteint cette dimension, même s'il est sur la cloison, peut être confondu avec des tumeurs malignes, au début de leur croissance, et avec les polypes hémorrhagiques de la cloison nasale de Lange-Schadewaldt.

D'après P. on voit clairement qu'il est de notre devoir de pratiquer l'examen histologique, car la simple microscopie de la sécrétion ou des lambeaux de tissu réduits en charpie suffit rarement. L'examen histologique nous apprendra si la tumeur est une néo-formation, un tuberculôme, ou un polype hémorrhagique. Si les coupes révèlent un tuberculôme, on pratiquera l'examen bactériologique, qui, dans environ un tiers des cas, nous fournira un résultat négatif. Mais cela ne fait rien, car l'aspect histologique du tuberculôme est si caractéristique qu'il est impossible de s'y tromper.

2. Krepuska. — **Carcinôme primitif du conduit auditif externe** (présentation de préparations). — La malade, âgée de 62 ans, souffre depuis nombre d'années d'un eczéma chronique du conduit auditif externe. Après quelques semaines de traitement, l'oreille droite guérit complètement, et la gauche s'améliora notablement. Au bout de quatre mois il se forma des granulations hémorrhagiques et suppurées de la portion cartila-

gineuse du conduit auditif externe gauche, qui, au microscope, furent reconnues pour du cancer épithélial typique. Le cancer s'étend sur la partie cutanée interne du conduit auditif, et aussi, à l'exception de la portion inférieure du conduit auditif cartilagineux, sur la région rétro-maxillaire. En raison de la localisation et du caractère de l'affection et de l'âge de la malade, j'ai trouvé l'opération contre-indiquée. La malade revint me trouver au bout d'un mois et demi, la partie inférieure du pavillon était œdématiée et cet œdème gagnait la partie antérieure de l'apophyse mastoïde. Granulations humides et saignantes et pus fétide du conduit auditif. Pas d'hypertrophie des glandes. La malade me dit qu'on lui avait chaudement recommandé l'opération à la Clinique Otologique de Vienne, et me montra une ordonnance dénommant l'affection inflammation mastoïdienne et préconisant l'ouverture précoce ; elle me pria de l'opérer, croyant que c'était le seul moyen de se débarrasser de ses violentes douleurs. Comme la famille, bien que je l'eusse, à diverses reprises, prévenue de l'échec possible de l'opération, la réclamait à grands cris, il ne me resta plus qu'à faire entrer la malade en chirurgie à l'hôpital Saint-Etienne où le Dr Herczel l'opéra le 13 février 1894. On détacha le pavillon en bas et en arrière et les masses cancéreuses du conduit auditif membraneux et osseux furent excisées. La caisse était obstruée par ces masses carcinomateuses, le marteau et l'enclume sont enclavés dans les masses cancéreuses. On pouvait, grâce à l'absence presque totale de la partie inférieure du conduit auditif osseux, pénétrer avec les instruments dans le fond de la fosse sphéno-maxillaire et atteindre le fond de la cavité pharyngienne. Tout était envahi par le cancer. L'apophyse mastoïde ne fut pas ouverte, car ni le périoste, ni les os n'étaient malades. Les douleurs s'atténuèrent. La malade succomba huit mois après l'opération.

L'examen histologique offrit de l'intérêt en éclaircissant l'étiologie de l'affection.

1. Le tissu, gros comme une lentille, extrait dans le but d'être examiné, était sans aucun doute du cancer épithélial.

2. Par les coupes longitudinales faites à travers le conduit auditif externe, on voit que la dégénérescence cancéreuse provient en partie des conduits excréteurs, en partie des acini des glandes cérumineuses ; ainsi le carcinôme a pénétré dans la caisse par la peau du conduit auditif, mais elle a fait irruption auparavant dans la fosse sphéno-maxillaire.

3. Le marteau, en conservant sa forme primitive, est enveloppé dans un tissu cicatriciel particulier, renfermant tous les éléments osseux et rempli de perles cancéreuses.

4. L'enclume, bien qu'elle soit englobée dans la masse cancéreuse, n'est cancéreuse qu'à certains endroits du revêtement muqueux ; presque partout la surface osseuse a offert de la résistance.

M'appuyant sur cet examen histologique, je crois que l'eczéma chronique du conduit auditif externe a joué un rôle sinon comme cause déterminante, du moins au point de vue de l'étiologie du cancer.

Szenes. — Je n'ai pas d'expérience sur les rapports étiologiques du cancer et de l'eczéma, mais je crois que l'intégrité de la caisse prouve que le carcinôme était primitif. La fétidité pénétrante est caractéristique du cancer auriculaire. J'adopte les idées de Krepuska au sujet du traitement. Krepuska fait encore remarquer que l'affection présentait un aspect tel que sans l'examen histologique beaucoup d'auristes se seraient prononcés pour la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Xe Séance. — 2 mai 1895.

1. V. Navratil. — **Guérison d'une sténose laryngée consécutive à une tentative de suicide.** — Meunier de 24 ans qui se fendit le larynx avec un couteau le 2 décembre 1893. L'incision partait du sterno-cléido-mastoïdien gauche, sectionnait les parties molles, la veine jugulaire externe et les cartilages thyroïdes, et aboutissait sous les cordes vocales un peu au dessus du cartilage thyroïde droit. La dyspnée survint au bout de deux jours et le médecin appelé introduisit une canule dans la plaie laryngée et réunit les bords de la plaie. La guérison se fit en trois mois et fut suivie d'une cicatrisation étendue. Le malade entre le 5 mars 1894 dans mon service, et pour retirer la canule, je dus sectionner profondément la trachée; pour dilater le larynx entièrement rétréci par les cicatrices, j'employai les dilatateurs, mais sans succès. Comme le malade était faible, je le renvoyai chez lui en lui conseillant de revenir lorsqu'il serait fortifié. Il reparut à la fin de 1894. Je pratiquai une fente dans le larynx cicatriciellement déformé et j'introduisis des dilatateurs avec ouverture, simultanément à la canule trachéale. Les

portions cicatricielles du larynx furent excisées et la paroi antérieure du pharynx tapissée avec la peau enlevée dans le voisinage, ce qui réussit parfaitement. A présent, lorsque la canule est bouchée, le malade respire bien par la bouche, même si la fermeture de l'orifice trachéal n'existe pas, ce qui peut arriver.

2. Irsai. — **Traitement de la syphilis laryngée grave par des injections intra-musculaires de sublimé.** — Je ferai observer d'abord que cette méthode de traitement n'est pas nouvelle, bien que les injections intra-musculaires de mercure soient d'une époque beaucoup plus récente que les injections sous-cutanées. En 1867, Lewin a employé le sublimé sous la peau, Scerenzio, Flarex et Magni ont injecté du calomel, Smirnoff, en 1883, et Sofflantini, en 1885, ont préconisé des injections musculaires avec des sels insolubles. On sait que, ainsi que le dit Lewin, les injections sous-cutanées de sublimé amènent la régression rapide des accidents syphilitiques, et réussissent même dans les cas douteux ; la rareté de la récidive, la simplicité du traitement, et le dosage exact sont des arguments en sa faveur.

Bien que les injections sous-cutanées de solutions de mercure concentrées dans de vastes interstices procurent une guérison rapide et intensive, nous ne devons pas perdre de vue le danger résultant d'accumulation du mercure dans l'emploi des solutions mercurielles insolubles. Nous savons, à propos des sels insolubles, que tout ce qui est injecté se résorbe ; mais l'opinion que les petites quantités de mercure nécessitent un usage fréquent et prolongé, ne résiste pas à la critique. Le fait de ce que la résorption se fait lentement et sûrement, est contesté par nombre d'auteurs, et Rona dit que la durée de la résorption totale n'est pas fixe. Un argument pour le dosage des sels insolubles est que lorsqu'apparaissent les accidents toxiques, nous ne pouvons arrêter la résorption, ni supprimer la salivation incipiente ou la diarrhée, attendu que les masses injectées font résorber encore du mercure.

Dans l'idée, que des doses massives de sels de mercure soluble auraient une action intensive, malgré qu'ils fussent employés rarement, mais que élimination plus rapide des préparations mercurielles solubles écarterait le danger d'un empoisonnement, Lukasiewitz commença, en 1891, à se servir de solutions de sublimé plus concentrées, d'abord à 3 °/₀, puis à 5 °/₀, comme Lassar, avec la différence qu'il pratiquait toujours des

injections intra-musculaires. La réaction du malade était si minime, et le succès si éclatant, que Lukasiewitz n'employa plus que la solution à 5 %. Dès 1892 il avait déjà publié cent cas traités de cette manière et qui prouvent l'innocuité du procédé. Il faisait les injections une fois par semaine, seulement, dans les cas graves, il fit deux injections à quatre ou cinq jours de distance, sans complications sérieuses. Ayant appris par expérience que l'application des sels insolubles (calomel, tannate, oxyde jaune), est mieux supportée lorsqu'elle est injectée dans les muscles fessiers, il injecta les solutions de sublimé très concentrées à ce niveau.

La solution qu'il employait était ainsi composée : sublimé corrosif : chlorure de sodium. aa. 0.5 eau dist. : 10.0 F. S. A. Une seringue de Pravaz (0.05 de sublimé) injectée en une fois. J'ai jugé utile de faire sortir une première seringuée avant d'essayer le remède ; à ma connaissance, j'ai été le premier à employer ce procédé dans la pratique laryngologique. La plupart de mes malades ont été soignés à l'hôpital et je vais disserter sur leurs cas.

J'ai présenté, en 1892, deux malades à la Société Royale de Médecine, chez lesquels j'avais employé des injections à 5 %. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 2 ans, j'ai pu, dans dix cas de syphilis laryngée grave, obtenir des succès par des injections intramusculaires de sublimé. Mes observations ne sont pas nombreuses, mais si je compare le résultat avec la gravité du cas, je considère comme une obligation morale de les communiquer, en raison de l'importance de ce procédé qui est supérieur à tous les auteurs, surtout lorsqu'il s'agit d'enrayer rapidement des accidents mettant la vie en danger, ainsi dans l'oppression et la suffocation qui peuvent être amenés par diverses affections syphilitiques du larynx et qui ordinairement sont justiciables de la trachéotomie d'urgence.

Dans les deux premiers cas, dès l'apparition des symptômes de syphilis pharyngo laryngée, on songea à la trachéotomie en raison du manque d'air. Non seulement les injections du sublimé remplacèrent l'opération, mais la guérison se fit avec une rapidité absolument inconnue par les autres procédés.

Je vais rapporter brièvement quelques observations.

L. B., musicien, âgé de 34 ans. Ulcère et accidents secondaires, il y a 14 ans. Guérison par un traitement approprié. Depuis un an, raucité, et depuis trois semaines, troubles respiratoires qui, au moindre mouvement, dégénérèrent en accès de

suffocation. Le pharynx est violemment injecté, l'épiglotte rouge est fort épaissie. Le larynx et surtout les ventricules sont aussi épaissis, à tel point que les cordes vocales sont invisibles. Le cartilage aryténoïde gauche est gros comme une noisette, œdématié ; la région inter-aryténoïdienne infiltrée. La moitié gauche du larynx est immobile, et, pendant la respiration, il existe un fort bruit de sténose. Les adénopathies inguinales sont caractéristiques. Une fois par semaine (9 fois en tout), injections dans les muscles fessiers. Peu de jours après les premières injections, les bruits de sténose ont diminué. Après la troisième injection, la sténose fut enrayée et le gonflement disparut ; le cartilage aryténoïde gauche recouvre son ancienne situation. La glotte qui, au début, n'avait que quelques millimètres d'ouverture, permet de regarder dans la trachée. Amélioration consécutive à chaque injection, à la fin, il ne reste plus qu'une ankylose minime du cartilage aryténoïde.

M. Z., fruitière, 54 ans, trachéotomisée 12 ans auparavant pour des accidents respiratoires très graves. Elle avait aussi à cette époque des éruptions. Nouveaux accès d'étouffement à son entrée. Sur la paroi pharyngée postérieure, sur la ligne médiane siège une tumeur grosse comme une noix, lisse, recouverte de muqueuse rouge, qui obstrue presque totalement l'orifice laryngien, cause les accidents laryngés et empêche de voir dans le larynx ; sur tout le corps sont disséminées des gommes diffuses. La malade reçut en tout sept injections. Toutes les gommes, ainsi que la tumeur pharyngée, ont disparu.

Je citerai encore trois cas dans lesquels la syphilis provoqua la dyspnée et une sténose du larynx.

Parmi ceux ci, le troisième cas a trait à une fille publique de 25 ans, G. S. (27 novembre 1892), qui, deux ans avant eut un chancre induré, puis au bout de 6 à 8 semaines avait eu des accidents secondaires, efflorescences cutanées et plaques muqueuses. Le traitement fit cesser ces manifestations qui demeurèrent 3 années sans reparaître. Deux mois avant son arrivée, la malade remarque qu'elle avale avec peine, et elle emploie divers gargarismes, mais comme la gêne à la déglutition progressait, elle ressentit bientôt de véritables tortures et souffrit de troubles respiratoires. État à l'entrée : Dans le pharynx, sur la ligne médiane, tumeur ulcérée de la taille d'une noix, se prolongeant en arrière ainsi qu'on peut le voir dans le miroir laryngoscopique ; elle siégeait devant l'entrée du larynx, empêchait de regarder et faisait saillie de façon à faire craindre une obstruction totale ;

alors survint la dyspnée. Cette tumeur ulcérée médiane provoquait les accidents de déglutition Après la troisième injection, la malade quitta l'hôpital, la respiration était tout à fait libre, elle avalait sans douleur. La tumeur régressa ; à la place de l'ulcération, il subsiste une cicatrice. Dans ce cas, comme dans le second, la sténose laryngée était due à la syphilis pharyngée.

G. B., âgé de 28 ans, ingénieur des chemins de fer (20 octobre 1894), a eu, un an avant le début du traitement, un ulcère ; depuis, malgré un traitement ininterrompu (Iode, Hg), les symptômes de syphilis laryngée ont augmenté au point de produire une sténose. L'épiglotte est épaissie, ses bords exulcérés, les cartilages aryténoïdes, gros comme des noisettes, exulcérés, les ventricules épaissis et boursouflés, les cordes vocales injectées et tuméfiées. La motilité du cartilage aryténoïde gauche est limitée. A la moindre toux ou par un mouvement, il survient une telle gêne respiratoire, que l'on craint un étouffement. Pendant plusieurs mois, le traitement antisyphilitique demeure sans succès ; après deux injections, la dyspnée diminue, les infiltrations, l'œdème et l'ulcère sont en voie de disparaître. Cessation après sept injections. En dehors des cicatrices et de la motilité limitée du cartilage aryténoïde gauche, le larynx est absolument guéri.

G. N., meunier, âgé de 30 ans (15 décembre 1894). Depuis deux mois, accidents respiratoires au moment des efforts violents. Au début du traitement, vive dyspnée et crises de suffocation. Glotte ouverte seulement de quelques millimètres. Les deux bandes ventriculaires sont tuméfiées, les cordes vocales invisibles. La partie postérieure du larynx est œdématiée, le cartilage aryténoïde droit épaissi Enrouement malgré un repos complet, accès d'oppression au moindre mouvement. Signes visibles de syphilis antérieure, ganglions du cou. Sept injections. Les accidents respiratoires ont disparu, et aujourd'hui, à part les cicatrices, on ne voit que la motilité bornée de la moitié droite du larynx, provoquée par l'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne. Ce malade m'a été adressé par mon ami le Dr Polyak, parce que sa violente sténose l'empêchait d'être soigné à la consultation externe.

Chez les autres malades, il existait des ulcérations étendues qui avaient résisté à tout traitement, des infiltrations et des périchondrites, et je puis dire que les injections précitées ont amené presque sans exception la guérison, et plus vite que par aucun autre mode de traitement.

[illegible] la manière de pratiquer les injec-

[illegible] des injections dans le muscle fessier, mais [illegible]emment en changeant la place de la piqûre. [illegible] je savonnais la peau et la frottais avec de l'éther. [illegible] de Pravaz stérilisée était garnie d'une longue aiguille [illegible] l'on introduisait perpendiculairement et rapidement dans le muscle. Les injections sont hebdomadaires ; pourtant, chez quelques-uns, il est survenu des picotements et ensuite de la douleur dans la jambe, mais de courte durée. Dans la plupart des cas, il n'y eut pas d'accidents. Un ou deux malades ont eu de la salivation, jamais de stomatite. Les injections étaient ordinairement au nombre de sept, mais certains malades reçurent huit, neuf et même dix injections. Ils purent être injectés huit à dix fois à la consultation externe, sans être troublés dans leurs occupations.

Je n'ai jamais vu de complications du côté des reins ni des intestins, ni d'élévation de la température.

Je n'ai pas revu les malades depuis la fin de la cure, ce qui laisse à penser qu'ils ont été indemnes de récidive, car, après un si éclatant succès, le procédé a la confiance des malades et il n'est pas probable qu'en cas de récidive ils n'aient pas eu, de nouveau, recours au traitement. En dehors du sublimé, je n'ai employé aucune autre préparation mercurielle soluble ou insoluble, aussi n'ai-je pas d'expérience en la matière, mais si je consulte la statistique de Lukasiewitz, je dois convenir que ni l'huile grise à 30 % de Lang, ni le sozoiodol d'hydrargyre à 8 % de Schwimmer ne sont comparables au sublimé, bien qu'ils aient donné des résultats satisfaisants.

J'ai déjà dit que ces injections étaient surtout indiquées lorsqu'il s'agissait d'enrayer rapidement une sténose mettant la vie en danger, et où nous voulions éviter la trachéotomie, sans mentionner l'intubation qui, dans certains cas, peut remplacer la trachéotomie. Aussi n'ai je pas placé l'intubation à côté de la trachéotomie, car nous savons que, si la trachéotomie est faisable dans toutes les affections syphilitiques du larynx, l'intubation ne l'est pas. Dans les ulcérations étendues ou les infiltrations, dans les sténoses périchondritiques, l'intubation est impratiquable et elle ne peut être employée que lorsque la fonction ou le non-fonctionnement des dilatateurs a provoqué une paralysie. Ici, à côté d'un traitement mercuriel énergique, l'intubation peut rendre service. Je ne m'arrêterai à aucune

explication, et m'appuierai sur d'autres auteurs, parmi lesquels Mackenzie qui croit trouver la cause de ces accidents dans les foyers gommeux des muscles.

Si, pour finir, me basant sur mon expérience, je dis que dans le cas de syphilis laryngée grave, une injection intra-musculaire de sublimé à 5 % est préférable à tous les autres traitements antisyphilitiques, j'y suis autorisé par des succès éclatants que j'ai obtenus sans être troublé par l'action accessoire désagréable du traitement mercuriel.

Zwillinger. — Les sténoses laryngées syphilitiques ne réclament que très rarement l'intervention opératoire, telle que la trachéotomie et l'intubation. Je n'ai aucune prévention contre les injections de sublimé, mais je ne les regarde pas comme une panacée, car elles peuvent nous manquer, et je crois que nous pouvons aussi être satisfaits des modes de traitement ordinaires.

Némai. — J'accueille avec plaisir les succès énoncés et je les considère comme dignes d'attention. Nous nous prononcerons plus tard sur la rapidité d'action de ces injections, mais je ne leur reconnais aucun inconvénient, et elles peuvent être utiles dans les rares cas où la sténose laryngée syphilitique réclame une intervention prompte. Je me souviens d'avoir, en 5 ans, rencontré plusieurs cas de ce genre à l'hôpital Saint-Roch.

Polyak. — Les remarques de M. Zwillinger, que la trachéotomie n'est que rarement indiquée dans les affections syphilitiques du larynx, m'obligent à dire un mot. Je l'ai cru longtemps, mais l'observation des malades m'a détrompé. Depuis que j'examine de 8 à 900 ouvriers par an, je rencontre parmi eux 4 à 5 syphilitiques laryngés que je ne puis traiter à la consultation en raison de la sténose et que je dois envoyer à l'hôpital, entre autres celui que le Dr Irsai vient de vous citer. Il y a aussi des sténoses que l'on peut soigner à la consultation, j'en ai présenté un cas ici qui portait une gomme étendue du larynx et qui guérit par le traitement mercuriel ; en général, il vaut mieux envoyer les malades atteints de sténose à l'hôpital où la trachéotomie peut être pratiquée d'urgence.

V. Navratil a pris grand intérêt à la communication. L'essentiel est que les cas de syphilis laryngée grave se rencontrent, quoique moins souvent qu'auparavant, et surtout ainsi que l'a dit le Dr Polyak, chez les ouvriers qui s'inquiètent peu de leurs maladies et sont indolents. Dans ces cas-là, nous devons nous réjouir de posséder un traitement dérivé du mercure ; à ma

connaissance, les injections intra-musculaires de sublimé réussissent mieux que le frictions mercurielles, auquel non seulement elles aident, mais qu'elles dépassent comme effet. Il y aura toujours des cas où les malades, près d'asphyxier, seront portés à l'hôpital et où la trachéotomie ne servira à rien.

IRSAI. — Je n'accepte pas l'opinion de Zwillinger sur la rareté des cas graves, car depuis deux ans j'observe le contraire et j'ai rencontré cinq cas dans chacun desquels la trachéotomie était indiquée. On crut aussi que par d'autres moyens on atteindrait le même but, mais j'ai vu deux malades où, malgré une thérapeutique énergique, il ne survint aucune amélioration ; et dès la première injection, il y eut du mieux. Certains cas spéciaux guérissent promptement par ce moyen. Ma communication n'a eu que le but d'attirer l'attention de mes confrères sur ce procédé. Lukasiewitz a déjà démontré que la méthode était inoffensive, et chez douze malades je n'ai eu qu'à m'en louer.

XIe Séance. — 24 mai 1895.

1. LICHTENBERG. — **Opération et guérison d'un cas de mastalgie (névralgie mastoïdienne).** — Malade âgée de 16 ans ; au dire de sa mère elle a souffert depuis son enfance de diverses affections bilatérales de l'oreille, localisées d'abord au conduit auditif externe et à la caisse, puis à l'apophyse mastoïde. La maladie actuelle a débuté, il y a 3 mois, par des douleurs intolérables dans toute la région mastoïdienne gauche, qui, en dépit du traitement, durèrent jour et nuit, de sorte que la jeune fille ne peut ni manger ni dormir, pleure et maigrit considérablement. Surdité bilatérale prononcée. A l'examen, l'apophyse mastoïde gauche semble normale, de même que le conduit auditif externe, mais il existe des deux côtés un catarrhe chronique sec de la caisse. En cathétérisant, j'ai perçu à gauche un bruit sec, étendu, vésiculaire. On pouvait donc songer à une affection suppurée chronique ; ni la caisse, ni l'apophyse mastoïde ne présentaient des symptômes inflammatoires aigus ; aussi fit-on le diagnostic de mastalgie et comme les douleurs remontant à 3 mois résistaient à tout traitement et n'étaient pas de nature hystérique, on décida la trépanation mastoïdienne que les parents et la malade réclamaient avec insistance. Elle fut pratiquée au sanatorium de Grünwald, en présence des Drs Pokornyi, Rothbart et Tomka.

Pour éviter toute erreur, j'expliquais avant l'opération que je ne cherchais ni ne trouverais ni pus, ni inflammation ou produits inflammatoires ; je m'attendais au plus à une sclérose osseuse qui existe parfois dans les inflammations de la caisse et réclame la trépanation ; mais je ne trouvais rien de cela à l'opération, les cellules étaient normales, ne présentaient pas traces d'inflammation, de pus ou de rougeur ; elles étaient nombreuses et vastes, allaient en arrière jusqu'au sinus et on remarquait principalement la pâleur, la coloration presque blanche de la muqueuse des cellules. L'antre fut également ouvert. Quand toutes les parties douloureuses furent excisées, je perforai toute l'apophyse mastoïde, fis l'extirpation totale, curettai régulièrement la plaie et la suturai. La malade supporta parfaitement une anesthésie de 3 quarts d'heure, ressentit quelques douleurs pendant la première nuit, mais d'une autre nature. Le pouls et la température demeurèrent normaux et dès le second jour les douleurs disparurent totalement. La malade se rétablit promptement, elle mange et dort bien et peut être considérée comme guérie. Deux jours après l'opération, l'ouïe est considérablement améliorée, ce qui peut être attribué à l'ouverture de l'antre, ou être la suite de l'activité nerveuse provoquée par la cessation des douleurs, et ainsi se rapporter à une plus grande acuité de l'acoustique.

Tomka. — Je n'ai pas observé de modifications pathologiques de l'apophyse mastoïde, et ne connais pas de relation directe avec les douleurs, mais je pouvais me servir des indications fournies par Schwartze, qui opéra avec succès un cas compliqué de crises épileptiques. J'ai vu, à Vienne, un autre malade, chez lequel l'opération ne fut effectuée qu'à moitié, en raison de fortes crampes hystériques. Urbantschitsch guérit un cas analogue par le massage et l'électricité.

Szenes. — Je considère aussi l'opération comme indiquée en dernier lieu, mais je demanderai, à propos du traitement, à M. Tomka s'il n'a pas prêté attention à l'hystérie, à cette affection protéiforme qui produit fréquemment de violentes douleurs externes et dont les symptômes auraient donné lieu à la mastalgie. Je ne dis pas qu'on aurait pu éviter l'opération, mais je désirerais savoir si on a fait des essais avec l'hypnose, et je prierai M. Lichtenberg, pour nous assurer de la durée du résultat, de nous ramener la malade dans un an. Je ne doute pas de la valeur de l'opération, ni de l'heureux effet, que nous connaissons par la chirurgie, de la neurectomie ou de l'évidement des

os sur la cessation des névralgies, mais parfois les résultats sont bons seulement au début et il y a ensuite des récidives. Je retiendrai tout d'abord que l'audition s'améliore par l'opération ; j'ai observé un cas de ce genre que j'opérai il y a 8 ans dans le service de M. Bocke, il s'agissait d'un abcès périostique primitif de l'apophyse mastoïde, je n'ai trouvé dans la caisse ni catarrhe, ni suppuration. L'abcès fut ouvert, la carie corticale curettée, et le pouvoir auditif, faible auparavant, s'est amélioré.

Kzepuska. — D'après les résultats et la gravité d'aspect de la maladie, l'opération était indiquée, que l'affection fût hystérique ou non.

J'ai observé un cas en 1891-92 pendant la première épidémie d'influenza. Une femme de 63 à 65 ans était atteinte d'otite moyenne catarrhale exsudative et je pratiquai la paracentèse. L'inflammation de la caisse guérit en 10 jours, la fièvre tomba, mais la malade conserva une migraine que j'attribuai d'abord à une inflammation mastoïdienne consécutive à une affection de la caisse. Il n'existait ni fièvre, ni autres symptômes subjectifs d'inflammation mastoïdienne. Tout traitement échoua et les douleurs reprirent si fortement que la malade cria et ne put dormir. Malgré l'absence d'accidents, je supposai l'existence d'une suppuration mastoïdienne, et après 6 à 7 jours d'observation, je préparai la malade à la trépanation de l'apophyse mastoïde. Eu égard aux vives douleurs, aux maux d'oreille préexistant et à l'insuccès des traitements employés, j'étais certain de trouver quelque chose de malade. Parmi les assistants à l'opération figuraient Herczel et Jordan. L'apophyse mastoïde était totalement sclérosée, semblable à de l'ivoire et ne renfermait aucune partie pulpeuse ou pneumatique. Les os étaient si durs que l'on ne pouvait atteindre l'aditus qu'avec le ciseau anglais, mais je ne trouvai ni pus, ni rien de malade. Je m'aigris d'abord contre cet insuccès apparent, mais depuis lors les douleurs cessèrent complètement, la plaie guérit par première intention, l'ouïe est meilleure. Le diagnostic de ce cas est encore obscur, on s'arrêterait à une inflammation mastoïdienne visible macroscopiquement, malgré l'existence préalable d'une inflammation de la caisse ; il est possible aussi que les douleurs proviennent des régions voisines et soient d'origine hystérique. D'autre part, en raison de la sclérose osseuse prononcée, il n'est pas invraisemblable d'imputer la névralgie à une pression sur les nerfs osseux.

Je ne puis préciser davantage les causes de la névralgie, dans

le cas présenté, mais il faut remarquer que la malade était à l'âge de la puberté, et qu'on ne vit pas de modification histologique de l'apophyse mastoïde, aussi n'est-il pas impossible que les douleurs soient de nature hystérique, ainsi que le prouverait l'amélioration de l'audition consécutive à l'opération pour laquelle on ne trouve pas d'autre explication. On sait que les maladies d'origine hystérique, les hyperesthésies en particulier, ne sont pas rares. Je ne veux nullement diminuer l'heureux résultat de l'opération et je félicite M. Lichtenberg d'avoir guéri ainsi une affection auriculaire.

Zwillinger. — J'ai soigné une fois la malade pour une rhinite scrofuleuse, que l'on constatera en regardant les taches de la cornée. J'ai extrait les amygdales chez le frère de la malade qui était également lymphatique.

Guth. — Avez-vous cherché des symptômes syphilitiques ?

Tomka. — Nous avons recherché l'hystérie, et ni moi, ni le Dr Takacs, qui examina deux fois la malade ne put, découvrir de symptôme. Les douleurs ont résisté au massage, à l'électricité et aux frictions iodurées. Quant à l'hypnose, celui qui n'est pas neurologiste fera mieux de ne pas l'essayer, surtout quand il n'y a pas chance de réussite. Je ne puis comprendre pourquoi l'opération devait agir suggestivement, le massage et l'électricité ont tellement déprimé la malade qu'ils auraient dû avoir une action suggestive.

Lichtenberg. — Il me reste peu de chose à dire après les explications de M. Tomka. Je ne sais pas pourquoi on cherche ici l'hystérie, car la malade fut examinée dans ce but par un spécialiste compétent. L'enfant souffrait, nous l'avons opérée, et elle a guéri. Quant à la durée de la guérison, s'il survenait un accident, je me ferais un devoir de le communiquer, car nous recherchons tous la vérité. Je suis convaincu que le prompt résultat qui, depuis 6 mois, se maintient pour faire cesser les douleurs ininterrompues suffit à repousser l'idée de l'hystérie et que le résultat ne doit être attribué qu'à l'opération.

Je ferai encore remarquer que M. Szenes, après avoir ouvert un abcès sous-cutané, a trouvé une carie corticale de l'apophyse mastoïde, et que le curettage fut suivi d'une amélioration de l'ouïe. Je considère cette idée comme une erreur de la part d'un spécialiste, car M. Szenes, comme il le dit, a examiné le malade et n'a rien trouvé de pathologique dans l'oreille. Si cela est vrai, il pouvait ne pas exister de troubles auriculaires et l'audition était bonne, comment donc a-t-elle pu s'améliorer après le

grattage de la carie mastoïdienne qui n'a rien à voir avec l'ouïe ? Je trouve que son cas diffère encore du mien en ce que ce dernier ne présentait ni inflammation, ni suppuration.

Navratil. — Comme chirurgien, je ferai une remarque. On opère assez souvent dans les névralgies, surtout sur le trijumeau et près de la base du cerveau. J'ai pratiqué des opérations de ce genre et j'ai appris avec d'autres, que les névralgies reparaissaient au bout de deux ou trois ans.

Depuis la rédaction de ce compte-rendu, on a appris que les douleurs mastalgiques n'avaient pas reparu à gauche six mois après l'opération, tandis qu'au bout de trois mois du côté droit se manifestaient des douleurs mastalgiques intenses. Le malade a été opéré du côté droit le 19 octobre dernier.

2. Polyak. — **Gueule de loup avec hypertrophie prononcée des cornets. Diverticule de Pertik.** — Jeune homme de 18 ans, venu me consulter pour une affection congénitale l'empêchant de parler distinctement et qui fait qu'en mangeant, les aliments liquides et les boissons pénètrent toujours dans le nez. Au premier examen, on reconnaît que le malade est affecté de l'anomalie connue sous le nom de gueule de loup, la fissure part du tiers postérieur de la voûte palatine.

Au point de vue rhinologique, le cas offre de l'intérêt par l'hypertrophie inusitée des cornets inférieurs ; souvent, selon le degré de la tuméfaction, on peut observer directement les cornets à travers la fissure. Quand je vis le malade pour la première fois, je remarquai, à travers la fente, deux tumeurs grosses comme des poires, d'un rouge bleuâtre, à surface inégale, qui recouvraient l'ouverture des trompes et au premier abord ressemblaient à des néoplasmes malins. A ce moment la cocaïne et la palpation digitale suffirent à s'assurer qu'il ne s'agissait que d'une hypertrophie extraordinairement accusée de l'extrémité postéro-inférieure des cornets, survenue à la suite de l'irritation produite par l'introduction des aliments dans le nez.

On pratiqua une opération plastique. Le rapprochement et la suture furent insuffisants, d'abord parce que les lambeaux latéraux n'étaient pas assez grands, et ensuite parce qu'en raison de cette insuffisance, le voile palatin était trop court et obstruait, pendant la déglutition, la voie menant à la cavité naso-pharyngienne. La plastique était donc tout indiquée. Je dois d'abord m'efforcer de ne pas troubler la respiration nasale, but que j'atteindrai en amputant l'extrémité des cornets hypertrophiés. Auparavant, je traiterai, par l'électrolyse, la déviation de la

cloison qui oblitérait totalement la narine droite, et cette opération est déjà accomplie en partie.

Relativement rare est aussi cette forme de diverticule, existant dans la cavité naso-pharyngée du malade, qui est visible directement par la fissure, ou mieux encore au moyen du miroir naso-pharyngien et que l'on appelle *diverticule de Pertik*, bien que cette dénomination convienne mieux aux cas acquis, tandis que mon observation doit figurer parmi les cas d'origine congénitale, tels que les décrit Kostanecki. La présence simultanée de la gueule de loup et du diverticule parle en faveur de la nature congénitale du dernier.

Zwillinger. — Dans la plupart des cas de gueule de loup que j'ai rencontrés, il existait de l'hypertrophie des cornets, et, à mon avis, il ne peut être question d'opération plastique avant que le nez ne soit rétabli.

Navratil. — Je suis tout à fait de l'opinion de l'auteur, quand il dit qu'un simple rapprochement des bords de la fissure ne donne aucun résultat, car la traction est si forte qu'elle arrache toutes les sutures. Selon moi, la méthode de M. Polyak, qui consiste à séparer d'abord le périoste, à en former des lambeaux et à réunir les bords de la plaie, est préférable.

3. Polyak. — **Cas de périchondrite trachéale primitive.** — Le malade, âgé de 44 ans, vint me trouver le 13 mai 1894. Il n'y a pas de tuberculeux dans sa famille ; 8 ans auparavant, il eut une pneumonie, et depuis il tousse et a parfois des sueurs. Il n'a jamais craché de sang. Six semaines avant il éprouva une vive difficulté en avalant, qui dura pendant 15 jours ; à ce moment, dans une violente quinte de toux, le malade sent qu'il s'est brisé quelque chose dans la gorge et il rend plein la bouche de pus sanguinolent, ce qui amène la cessation des douleurs. Depuis lors, il s'est formé une tumeur dans la gorge.

On voit au cou, vers la partie inférieure du larynx et la région trachéale supérieure, une tumeur grosse environ comme le poing d'un enfant, limitée en haut par le cartilage cricoïde, en bas par le quatrième anneau trachéal et latéralement par une ligne passant par les extrémités externes de l'os hyoïde. La peau qui la recouvre est d'une teinte normale, mais pâle, à l'exception du sommet de la tumeur, où la peau est un peu rougeâtre. La tumeur est dure, épaisse ; seulement au milieu on sent une fluctuation imperceptible, elle est très sensible au toucher et suit les mouvements du larynx. Au miroir, on ne distingue qu'un catarrhe laryngé diffus, dans la trachée, on voit un enfoncement

de la paroi antérieure qui part du bord inférieur du cartilage cricoïde pour aboutir au quatrième anneau, qui est recouvert d'une muqueuse rouge sombre et qui présente au milieu un rétrécissement.

Ces symptômes indiquaient une périchondrite du cartilage cricoïde, sans révéler la nature de l'affection. Je n'ai rien trouvé du côté des poumons, les crachats ne contenaient pas de bacilles tuberculeux. Après trois jours de traitement symptomatique, l'aspect a changé, au point que la fluctuation est devenue plus sensible. Je fis, le 16 mai, une ponction exploratrice et ramenai quelques gouttes d'un pus clair, coloré en jaune, dont l'examen bactériologique fut entièrement négatif.

On dut avoir recours au diagnostic différentiel. On repoussa tout d'abord la syphilis et une périchondrite infectieuse purulente, surtout cette dernière, vu que le pus ne renfermait pas de microbes; aussi, malgré l'anamnése négative, l'examen des poumons et les recherches microscopiques, s'arrête-t-on à une *périchondrite tuberculeuse primitive*, en raison des abcès froids existant sur d'autres parties du corps. L'absence de germes dans le pus était favorable à cette supposition.

La dimension de la tumeur et la sténose trachéale qui en résultait firent décider l'ouverture pratiquée le lendemain. Naturellement, tout fut préparé en vue d'une trachéotomie possible, car l'on ignorait si la trachée ne participait pas à l'affection. Après avoir sectionné la peau, on pénétra à $1^{cm},5$ dans une couche inflammatoire infiltrée, jusqu'à la sortie d'environ 2 centimètres de pus liquide jaune, dont l'examen bactériologique fut encore négatif. L'opération a été suivie d'une voussure de la trachée. La cavité purulente est bourrée de gaze iodoformée. Depuis, la guérison avance avec lenteur, la sécrétion est minime, les granulations insignifiantes, en un mot la tendance à la guérison est faible.

Depuis la rédaction de ce compte-rendu, la guérison a progressé très lentement, la cicatrisation totale est survenue 8 semaines après l'opération. L'état des poumons et l'examen de la sécrétion demeurent négatifs. Au miroir, on voit sur la paroi trachéale antérieure un léger rétrécissement comprenant le second et le troisième anneau de la trachée.

4. Némai. — **Empyème du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales.** — Le malade souffre depuis 10 ans d'une obstruction nasale, écoulement fétide et céphalalgie. Des confrères ont extrait autrefois des polypes du méat moyen droit, et cette opéra-

tion a provoqué une abondante issue de pus. Ce pus, d'un blanc crêmeux, apparaît entre la cloison et le cornet inférieur et s'écoule en arrière, en obligeant le malade, qui souffre de migraines pendant des journées entières et surtout l'après-midi, à se moucher fréquemment. En introduisant la sonde, je sentis des granulations molles envahissant jusqu'au toit nasal, et des os nécrosés ; ces derniers occupent un espace d'environ 3 centimètres de long en arrière. Par une petite ouverture correspondant à l'ostium sphénoïdal, je pénétrai dans une cavité haute de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. La direction de la sonde en arrière et en haut montre, au point de vue anatomique, qu'elle est dans la cavité sphénoïdale. Au moyen d'une canule mince, je fais sortir à diverses reprises environ 2 centimètres cubes de pus. Le traitement consiste uniquement en ces injections qui soulagent les maux de têtes. Je suis sûr du diagnostic d'empyème sphénoïdal avec nécrose osseuse, mais je crois que les cellules ethmoïdales étaient atteintes aussi. L'étiologie de cette affection qui remonte à plusieurs années est donc complètement obscure.

Navratil. — Ces nécroses des cavités accessoires sont ordinairement de nature syphilitique ou tuberculeuse. Dans ce cas, il ne faut pas repousser la syphilis, aussi instituerais-je un traitement anti-syphilitique, mais, avant tout, il faut appliquer une thérapeutique locale. Il ne faut pas voir une contre indication opératoire dans la situation de la nécrose près de la base du cerveau.

Zwillinger. — Ici il faut employer le traitement local.

XIIe séance. — 11 juin 1895.

1. Tomka. — **Bruits objectifs perceptibles de l'oreille.** — On observe rarement les bourdonnements d'oreille subjectifs et objectifs. Ces bruits différent des symptômes subjectifs que nous connaissons sous le nom de *tintement d'oreilles* et qui sont dûs ordinairement aux modifications pathologiques d'une partie du conduit auditif. Il n'en est pas de même des bruits objectifs, car ils existent souvent sans qu'il y ait d'autres affections appréciables de l'oreille.

Petit garçon de 6 ans, né de parents sains, a eu à 6 ans une diphthérie scarlatineuse, à ce moment l'oreille droite commença à couler et l'audition devint mauvaise. L'enfant est

faible, anémié, rachitique, les glandes du cou sont hypertrophiées, les jambes torses, pas de fièvre. Il me fut amené il y a 4 semaines. L'ouïe s'est améliorée par de simples insufflations d'air, le chuchotement, perçu d'abord à 75 centimètres, l'est aujourd'hui à 5 mètres de distance. Il y a 15 jours la mère dit qu'elle avait entendu dans l'oreille de l'enfant un bruit comme si quelque chose y était enfermé ; l'enfant l'a également perçu. Ces bruits étaient entendus à la distance de un mètre.

Le pavillon de l'oreille est normal ainsi que son pourtour, le conduit auditif, très large. Dans la moitié postéro-inférieure du tympan on voit une perforation sèche, à travers laquelle on distingue la muqueuse normale du promontoire et la fenêtre ronde. La poire de Politzer produit un souffle puissant d'air sec. Le pouvoir auditif pour le chuchotement est de 5 mètres à droite, normal à gauche. Examen au diapason : l'épreuve de Weber est latéralisée à droite à l'oreille entendant mal. Epreuve de Rinne : négative à droite, incertaine à gauche. Les amygdales sont légèrement hypertrophiées, la muqueuse pharyngée tuméfiée, avec de petites granulations. Eczéma scrofuleux de l'orifice nasal, A la rhinoscopie postérieure je ne trouvai rien d'anormal, l'orifice pharyngien de la trompe était normal. On ne remarque aucun mouvement du tympan ou du pharynx se rattachant aux bourdonnements, qui sont irréguliers, se suivent parfois, puis cessent pendant longtemps, souvent plusieurs jours ; ils étaient autrefois plus forts qu'à présent. Si le malade est au repos, les intervalles sont plus longs, s'il parle, les bruits sont plus accentués et plus fréquents, ils persistent malgré les insufflations d'air et sont indépendants de la volonté. La déglutition et la mastication n'influencent pas la fréquence, de même que la pression sur la carotide ou sur le voile palatin. Il faut accuser aussi la mauvaise habitude du malade qui aspire le mucus nasal et le rejète par la bouche. Gruber dit avec raison que ces bruits proviennent des mauvaises habitudes du malade qui pourrait s'en défaire ; depuis que j'ai prévenu la mère, ils ont déjà diminué.

Ces bourdonnements peuvent avoir pour origine :

1° Les bruits ne provenant pas de l'oreille mais y aboutissant, comme les bruits vasculaires, veineux, anévrysmaux, valvulaires, dilatation des vaisseaux rétro-auriculaires, sténose du canal carotidien, bruits muqueux et ronchus, etc.

2. Bourdonnements produits, ainsi que Politzer l'a démontré, par la contraction des muscles de la trompe et surtout par la

contraction, spasme clonique et tonique, du muscle tenseur du voile du palais.

3. Bruits dus à la contraction des muscles internes, en particulier du muscle tenseur du tympan.

Chez mon malade la contraction du tenseur du voile a produit la contraction, bien que nous ne soyons pas sûr de l'influence active du pharynx.

Krepuska. — Le cas est intéressant en raison de la rareté des bourdonnements perçus à distance. On entend plus facilement les bruits légers provenant du muscle tenseur du tympan en cas d'action consécutive de la musculature pharyngée ; au point de vue embryologique le muscle tenseur du tympan n'est qu'un fragment détaché de la musculature pharyngienne. Il faut nécessairement, dans ces cas, prendre en considération les oscillations tympaniques. Je ne puis rapporter ces bourdonnements aux bruits vasculaires, car ils ne sont pas synchrones, mais irréguliers, de sorte qu'on ne peut les décrire que comme des mouvements musculaires dûs au fonctionnement des muscles pharyngés ; d'ailleurs à la suite d'un catarrhe chronique des muscles du pharynx, il survient des spasmes cloniques des dilatateurs de la trompe.

Tomka. — J'ajouterai que dans les otites moyennes, même suppurées, j'ai souvent perçu des bruits après les lavages et les insufflations d'air dans la trompe.

2. Tomka. — **Instrument pour opérer la perforation de Shrapnell consécutive aux suppurations chroniques.** — La perforation de Shrapnell est une des affections auriculaires les plus graves et souvent mortelle, que nous combattons souvent sans arrêter la suppuration. D'une part, parce que l'articulation de l'enclume et de l'étrier est cariée, d'autre part parce que l'attique externe est cariée et contient du pus stagnant, et par dessus tout parce qu'il est difficile d'y pénétrer ; non seulement à cause du pus, mais parce qu'elle contient des couches épidermiques qui renferment tous les éléments dangereux du cholestéatome.

On a déjà tenté divers moyens pour enrayer cette forme de suppuration de l'oreille. Hartmann et Politzer ont employé de petites canules, à travers lesquelles on irrigue directement la perforation et on introduit des médicaments. Ce procédé peut donner de bons résultats, s'il est appliqué soigneusement et pendant longtemps. Mais parfois les perforations sont si petites qu'on ne peut retirer ni le pus, ni l'épiderme. Dans ces cas, on élargit l'ouverture par des incisions, ou bien

on gratte la marge tympanique au moyen d'une curette. Dans ce but, Politzer a imaginé un instrument dont une extrémité est introduite dans la perforation jusqu'à ce que l'autre extrémité en soit rapprochée par la compression de la tige d'un ressort, ce qui brise des parcelles osseuses de la marge tympanique. Cet instrument ne peut servir que lorsque la perforation est suffisamment grande pour recevoir l'extrémité, mais alors il peut être très utile.

Le but de mon instrument est aussi de ménager une issue à la suppuration fétide de l'attique, ce qui a lieu par l'élargissement de la petite ouverture, en enlevant une portion de la marge tympanique. Après avoir anesthésié le malade assis, on introduit l'instrument dans l'oreille ; l'aiguille de fixation doit pénétrer, jusqu'à ce que les dents de l'instrument s'insèrent dans la marge tympanique, alors on retire l'aiguille et on introduit le trépan avec précaution plus avant. Si nous désirons avoir une ouverture plus grande, il faut introduire l'instrument à deux reprises et ménager deux ouvertures se confondant. L'instrument doit être manié avec précaution, car trop de force et de pression à l'intérieur pourrait luxer l'enclume et le marteau ou blesser quelque autre partie.

Krepuska. — J'accueille volontiers toutes les innovations qui peuvent faire avancer la chirurgie auriculaire. L'instrument ressemble à un trépan crânien avec scie rotatoire. Je crois qu'on ne pourra l'employer que rarement et dans des cas extraordinaires sur le vivant, car il est impossible de s'en servir sans anesthésie, et nous possédons de meilleurs instruments pour opérer sous l'anesthésie. On se demande aussi si cet instrument sectionne la lamelle osseuse en coin de la marge tympanique qui est dans l'axe du conduit auditif sans mettre la cavité tympanique en danger ? L'instrument ne sert qu'à agrandir la fistule, et nous avons déjà pour cela une curette osseuse simple, ou l'instrument de Politzer que j'emploie pour opérer à ma consultation. Un autre inconvénient de l'instrument est qu'il ne permet pas de bien voir le champ opératoire, vu qu'il est épais et non sans danger pour l'introduction. Je demanderai à M. Tomka les résultats de ses recherches sur le cadavre ?

Tomka. — L'expérience a réussi sur le cadavre mais il n'existait pas de perforation de Shrapnell. On ne peut jamais intervenir dans le tympan sans anesthésie préalable, car les malades ne peuvent se tenir tranquilles, je m'étonne que M. Krepuska l'ait obtenu. Lorsque nous introduisons prudemment

l'instrument nous n'avons pas à craindre la luxation ; le champ opératoire est aussi libre qu'avec l'instrument de Politzer, qui est aussi épais et recourbé et sert pour les petites ouvertures, ce qui n'est pas le cas du mien. Je voulais, par ma communication, mettre seulement mes confrères au courant de mes expériences.

3. LICHTENBERG. — **Contribution au traitement opératoire des suppurations chroniques de la caisse.** — Je voulais d'abord communiquer toute l'histoire des suppurations de l'oreille, mais comme le temps est limité, je me bornerai aujourd'hui à un court aperçu et après un coup d'œil rapide sur les progrès de l'otiatrie, je présenterai un malade.

L'étude des suppurations chroniques a extraordinairement changé depuis ces 10 dernières années, elle a été bouleversée par les progrès de la physiologie et de l'anatomo-pathologie, aussi nos connaissances se sont-elles éclaircies et raffermies ; car si nous envisageons les diverses suppurations, nous voyons que leurs localisations diffèrent, et en nous plaçant à un point de vue général, nous distinguons quatre sortes d'otites moyennes suppurées : 1° Formes simples, siégeant dans la cavité tympanique proprement dite, c'est-à-dire suppurations chroniques ordinaires de la caisse, avec ou sans granulations et carie, curables par de petites interventions. Au second groupe appartiennent des formes graves d'affections suppurées de la partie supérieure de la caisse (attique, des Américains, récessus épitympanique de SCHWALBE, espace coupolaire de Hartmann) qui réclame des soins spéciaux plus compliqués mais qui, comme beaucoup d'auteurs le croient, peuvent guérir par un traitement approprié, sans grande opération, par la méthode conservatrice. La troisième catégorie comprend les suppurations de l'aditus et de l'antre provoquant la carie, la nécrose, les granulations et diverses destructions dans toute la région mastoïdienne et dans la cavité tympanique ; elles ne guérissent que par l'opération radicale. La quatrième forme, qui n'est pas toujours alliée à la suppuration, est le cholestéatome.

Le malade que je présente fait partie de la troisième catégorie, où la suppuration siégeait non seulement dans la caisse, mais encore dans les cavités voisines, l'apophyse mastoïde était entièrement remplie de granulations et la paroi postérieure du conduit auditif externe ainsi que l'apophyse mastoide étaient totalement cariées.

Le malade, âgé de 40 ans, a eu 8 ans auparavant, une vio-

lente inflammation de l'oreille droite, la suppuration est apparue au bout de 15 jours et en même temps il s'est formé derrière l'oreille une tuméfaction rouge qui fut excisée par un médecin de Temesvar : après l'opération la maladie cessa en partie. L'écoulement auriculaire reparut il y à 18 mois, les douleurs vont et viennent de même que la suppuration ; il y a parfois du vertige, de la céphalée et une sensation compressive, en un mot, tous les accidents qui le tourmentaient au début de sa maladie se sont de nouveau montrés.

État actuel. — Pus au fond de l'oreille. Perforation du quadrant postéro-supérieur de la membrane tympanique qui se prolonge en arrière comme un cratère ; dans la moitié postérieure du conduit auditif se trouve une tumeur descendante, fluctuante ; fistule cutanée grosse comme une tête d'épingle sur l'apophyse mastoïde ; en pressant sur cette dernière, il sort beaucoup de pus du conduit auditif externe et la tumeur de l'apophyse mastoïde se ramollit ensuite.

On se demande si cette fistule cutanée ne serait pas aussi une fistule osseuse ? J'ajouterai encore que les ronchus étaient perceptibles pendant la cathétérisation et qu'il existait une suppuration de la caisse. En raison de l'état du malade et de l'opiniâtreté de l'affection, je décidai l'opération à laquelle MM. Baumgarten, Tomka et Rothbart furent présents. Je prévins avant d'opérer que c'est seulement après la mise à nu de la mastoïde et l'exploration du terrain que je me rendrais compte de l'étendue sur laquelle l'opération devrait avoir lieu. Les os teintés en gris étaient remplis de pus et de granulations, de même que l'antre. Seul cet examen a éclairé le côté clinique, car le pus de l'antre a passé entre la paroi postérieure du méat externe et la mastoïde, a traversé le conduit auditif cartilagineux et a pénétré jusqu'à la surface mastoïdienne, où il a provoqué une tumeur et une fistule cutanée. On enleva avec le ciseau le conduit auditif carié et la paroi de l'attique latéral ; la cavité tympanique, le conduit auditif externe et la mastoïde sont réunis en une seule cavité. Comme j'avais excisé toutes les parties cariées et laissé partout des parois osseuses saines, je n'ai pas trouvé qu'il fut indispensable de former des lambeaux. Le malade guérit en 6 semaines. Le canal opératoire est cicatrisé, de même au bout de 6 jours la perforation tympanique ; le cathétérisme provoque un bruit étendu, sec, vésiculaire. Amélioration notable de l'ouïe. Les maux de tête ont cessé. J'ai pratiqué l'opération radicale à la consultation externe de la Po-

lyclinique, et le malade est rentré chez lui après 4 heures de repos. Le premier pansement à été fait avec de la gaze iodoformée, et les autres à la gaze stérilisée. L'opération dura trois quarts d'heure.

BAUMGARTEN. — Bien que les os fussent colorés, nous n'aurions pas cru à une affection aussi grave que celle que nous reconnûmes après quelques coups de marteau. L'étendue de la maladie nécessitait l'établissement d'une grande cavité. La marche de l'affection a été idéale, étant donné que l'opération a été pratiquée à la consultation externe de la Polyclinique.

KREPUSKA. — A mon avis, la voussure de la paroi postérieure du conduit auditif externe est un signe important dans toute affection mastoïdienne, ainsi que dans les inflammations profondes où la partie corticale est plus épaisse et la partie vitreuse plus mince, par laquelle l'inflammation n'a pas tendance à se propager au dehors ; toutefois, le gonflement inflammatoire au début, l'œdème ou la fluctuation éventuelle de cette portion postérieure de la paroi du conduit est un signe pathognomonique, qui est l'indice certain d'une affection mastoïdienne.

Dans les inflammations mastoïdiennes suppurées, le pus apparaît toujours en premier lieu, à l'endroit où la résistance est moindre, d'abord à la cavité tympanique. L'orifice de l'antre mastoïdien peut être obstrué au point qu'il survienne une rétention totale ; dans ce cas, le pus pénètre dans les os, ce qui peut arriver à l'intérieur ou à l'extérieur. S'il fait irruption à l'extérieur, il n'y a pas grand mal, parce que l'issue de la paroi mastoïdienne antérieure est suivie de celle de la paroi postérieure du conduit auditif externe, la fistule s'insère sous les parties molles et crève (fistule de la paroi externe du conduit auditif) ou forme un tunnel à l'extérieur ou se glisse sous les parties molles contre la cavité tympanique, comme dans ce cas. Des granulations de la paroi postérieure du conduit ou éventuellement une ouverture fistulaire indiquent toujours une affection mastoïdienne profonde qui ne peut guérir que par une opération.

Au point de vue de la répartition, je désigne ce cas comme une inflammation mastoïdienne simple, ostéite mastoïdienne, qui a provoqué un empyème de l'antre mastoïdien et par des détours sous les parties molles a pénétré dans la caisse d'où il s'est vidé à travers le conduit auditif externe.

BIBLIOGRAPHIE

Des manifestations auriculaires de l'hystérie, par le prof. G. Gradenigo (de Turin). — 1 vol. de 265 p. avec diagrammes dans le texte. Unione édit. Turin 1895.

Pour pouvoir traiter un semblable sujet, il fallait être, non seulement un spécialiste possédant toutes les connaissances nécessaires pour poser un diagnostic précis dans les cas les plus difficiles, mais encore un médecin ayant étudié, jusque dans ses plus petits détails, la question si vaste de l'hystérie. M. le Professeur Gradenigo nous démontre, une fois de plus, que le véritable spécialiste ne saurait être à la hauteur de sa tâche, s'il ne savait rattacher les phénomènes pathologiques, propres à un organe, aux diverses affections qui atteignent l'organisme tout entier. Cette nécessité, pour le médecin qui veut pratiquer une spécialité quelconque, de pouvoir reconnaître les liens qui unissent une lésion locale à un état morbide général, semble de plus en plus s'affirmer. C'est ainsi qu'au dernier *Congrès international d'otologie* (Florence, septembre 1895), la question du *Traitement général dans les affections auriculaires*, résumée d'une façon si remarquable dans le rapport de M. le Dr Gellé, a donné lieu à une discussion des plus intéressantes. Nous signalons avec plaisir ce fait dont l'importance ne saurait être méconnue.

Le volume, que vient de publier M. le Professeur Gradenigo, est une remarquable étude des manifestations diverses produites par l'hystérie sur l'organe de l'ouïe. Ce travail n'est pas seulement formé d'observations et de déductions personnelles, c'est une revue critique basée sur tous les travaux antérieurs. Le Maître de Turin semble y avoir apporté un soin tout particulier, et, par la clarté de l'exposition, par l'examen si complet des diverses opinions soutenues par les auteurs, par la perfection d'une bibliographie précieuse à consulter, enfin par les conclusions si logiques tirées des faits les plus récents vérifiés et complétés par lui, il a montré ce que peut faire un spécialiste savant quand il est en même temps un médecin encyclopédiste. Un tel ouvrage se prête mal à une analyse complète. Nous ne saurions, on le

comprendra facilement, entrer ici dans les détails des faits énoncés, et cependant, on ne peut avoir une idée exacte des divers points étudiés, sans bien connaitre ces faits eux-mêmes, qui s'enchainent de telle sorte qu'il est difficile de les isoler. Nous ne pouvons donc donner qu'un aperçu bien sommaire du plan général de cette étude, en insistant surtout sur les conclusions.

Dans son introduction, M. le Professeur Gradenigo, fait remarquer avec raison, que les altérations fonctionnelles de l'ouïe, d'origine hystérique, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit. Jusqu'à ces dernières années, les difficultés du diagnostic différentiel précis, entre les troubles auditifs produits par des lésions organiques, et ceux dus à des modifications diverses de l'appareil nerveux, expliquent le petit nombre de travaux parus. Beaucoup d'auteurs, et Politzer lui-même, considèrent ces manifestations hystériques comme très rares.

Après avoir, dans un premier chapitre, retracé l'historique de la question, l'auteur divise son sujet en cinq parties, qui comportent chacune plusieurs divisions. Afin d'en donner une idée d'ensemble plus complète, nous croyons utile de le résumer dans le tableau suivant :

PREMIÈRE PARTIE

Sensibilité spécifique acoustique.

Modifications de la sensibilité acoustique en rapport avec l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle	Anesthésie acoustique. Transfert. Hyperesthésie acoustique. Hyperacousie douloureuse.

Modifications de la sensibilité acoustique en rapport avec les affections de l'oreille.	Surdité grave ou complète dans	Affections inflammatoires. Hystéro-traumatisme. Maladies infectieuses et intoxications.
	Surdimutité hystérique.	
	Diminution plus ou moins notable de l'acuité auditive de caractère hystérique en rapport avec des lésions organiques de l'oreille.	

Caractères de l'anesthésie acoustique dans l'hystérie.	Excitabilité électrique du nerf acoustique. Caractère psychique de l'hypoesthésie acoustique. Début, durée, terminaison de la surdité hystérique.

DEUXIÈME PARTIE

Sensibilité de la peau et des muqueuses.

Sensibilité de.	Pavillon. Conduit auditif externe. Membrane tympanique. Muqueuse oculaire. » buccale. » pharyngée.

TROISIÈME PARTIE

Les Otalgies à caractère hystérique.

Otalgies causées par . .	Carie dentaire. Affections inflammatoires aiguës ou chroniques du pharynx, larynx, nez. Affections de l'oreille.	Otite moyenne catarrhale chronique. Otite moyenne purulente. Furonculose du conduit auditif externe.

QUATRIÈME PARTIE

Zones hystérogènes de l'organe de l'ouïe.

Phénomènes réflexes partis des parois du conduit auditif externe et de la membrane du tympan produisant . . .	Phénomènes moteurs de l'appareil respiratoire. Vertige, nausées, etc. . . . . . Convulsions, accès hystériques.

Phénomènes réflexes partis de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache dans. . .	Otite moyenn ecatarrhale aiguë avec rétraction du tympan. Otite moyenne purulente. Polypes dans l'otite moyenne purulente chronique.

Phénomènes réflexes ayant pour point de départ l'appareil de perception en général.

CINQUIÈME PARTIE

Hémorrhagies de l'oreille.

Hémorraghies périodiques provenant de.	Vaisseaux développés dans des tissus pathologiques (granulations de la caisse). D'autres muqueuses et de la peau. Seulement de l'oreille.

L'ouvrage se termine par les trois chapitres suivants :

Thérapeutique des symptômes auriculaires de l'hystérie en général, comprenant : la simulation des affections auriculaires dans l'hystérie.

Additions.

Conclusions.

On peut juger, par la simple lecture de ce qui précède, toute la valeur de ce travail. Si l'on ajoute que les sujets, les moins importants en apparence, y sont traités avec le soin le plus scrupuleux, que toutes les opinions émises antérieurement y sont consignées, analysées, critiquées, qu'enfin l'auteur y joint trente-sept observations personnelles, on est forcé de reconnaître que M. le Professeur Gradenigo a fait une œuvre scientifique complète et des plus utiles.

Nous allons essayer maintenant de présenter les points principaux de cette étude.

PREMIÈRE PARTIE

Sensibilité spécifique acoustique

L'anesthésie acoustique dans l'hystérie est liée à l hémianesthésie générale ou est en rapport avec des altérations organiques de l'oreille.

Le transfert est possible par la métallothérapie, comme l'ont reconnu Gellé, Landolt et Reynard. Gellé a remarqué que la réapparition de l'ouïe du côté anesthésié, coïncide avec une diminution de l'audition du côté sain.

Le transfert peut être obtenu aussi au moyen des aimants.

Une lésion de l'oreille peut non seulement provoquer, chez une personne hystérique, l'anesthésie acoustique, mais aussi l'hémianesthésie générale du côté lésé. Ainsi, un simple bouchon de cérumen peut produire ce résultat, qui disparaîtra après ablation. L'auteur en cite un exemple (observation II).

Il n'existe pas un rapport constant entre l'hémianesthésie générale et les troubles de la sensibilité acoustique. Si, dans les cas types, l'hémianesthésie s'accompagne d'anesthésie complète de l'ouïe du même côté, il en est d'autres où l'ouïe est seulement ou diminuée ou normale, et même il peut se faire qu'elle soit abolie du côté sain et seulement diminuée du côté atteint. Gradenigo explique cette contradiction apparente par l'influence des altérations organiques variables qui peuvent exister.

Si l'audition peut être diminuée ou abolie, elle peut aussi être augmentée.

L'*hyperesthésie acoustique* présente à étudier deux formes. La première est *hyperesthésie vraie* ; dans ce cas l'acuité auditive est réellement supérieure à la normale.

La seconde est l'*hyperacousie douloureuse* : elle se manifeste par une sensation de douleur éprouvée par le malade, sous l'influence d'impression sonores souvent très légères. Elle accompagne souvent l'*hypoesthésie* acoustique ; plus rarement, la véritable *hyperesthésie*. Elle peut n'être qu'un phénomène transitoire, une phase du transfert. Lorsqu'elle est permanente, elle est en relation avec des lésions inflammatoires chroniques de l'oreille.

L'auteur étudie ensuite les modifications de la sensibilité

acoustique de caractère hystérique liées à des altérations locales de l'organe. Il examine successivement : 1° les cas de surdité grave ou complète où l'hystérie complique des lésions organiques inflammatoires, traumatiques ou se manifestant dans les maladies infectieuses et les intoxications ; 2° la surdité complète associée au mutisme ; 3° les cas où l'ouïe subit une diminution d'acuité due à la névrose qui vient s'ajouter à la diminution causée par diverses lésions organiques de l'oreille.

Nous ne pouvons que signaler tout spécialement ces chapitres qui renferment nombre de points intéressants qu'il faudra lire avec la plus grande attention.

Il nous paraît plus utile de résumer les caractères de l'anesthésie acoustique dans l'hystérie. Les voici tels que l'auteur les a classés dans le chapitre VI.

1° *Diminution de la perception des sons d'origine hystérique* ; cette diminution se manifeste au même degré dans toute l'étendue de l'échelle musicale, pouvant aller jusqu'à l'abolition complète de l'excitabilité fonctionnelle.

2° *Expérience de Weber.* — Il peut exister deux cas :

a) Si l'anesthésie est très développée et de caractère périphérique, le D.V. est perçu surtout du côté sain ou le moins atteint.

b) Si l'anesthésie est moindre et de caractère psychique, le D. V. peut ne pas présenter de latéralisation malgré l'unitéralité de la lésion, ou bien être latéralisé du côté le plus malade, si, outre l'anesthésie hystérique, il existe une lésion de l'appareil de transmission, comme cela arrive souvent.

3° *Expérience de Rinne.* — Le Rinne est positif (pour les tons de soixante-quatre à trois cents vibrations par seconde) quand l'anesthésie est de moyenne intensité et qu'il n'existe pas de lésions organiques de l'appareil de transmission.

Il peut devenir négatif (sans coexistence de lésions organiques) dans les cas de surdité graves.

4° *Expérience de Schwabach.* — La durée de la perception est plus ou moins inférieure à la normale.

5° *Rapport de la distance nécessaire à la perception pour les diverses sources sonores, notamment pour la voix aphone et la montre.* — La montre à tic tac fort est entendue à une plus grande distance que la voix aphone : cette distance peut être deux fois plus considérable. Ce rapport est tout à fait l'inverse de ce qui existe dans les affections organiques du labyrinthe, qui ont cependant, avec l'anesthésie acoustique, beaucoup de caractères fonctionnels communs.

6° *Variabilité de l'audition.* — Elle est fréquente et rapide dans des limites parfois très étendues, soit sans cause externe apparente, soit après l'emploi des agents œsthésiogènes.

7° *Excitabilité électrique du nerf acoustique.* — Elle est sujette à des variations notables, souvent l'hypoexcitabilité coïncide avec l'hypoesthésie acoustique.

L'examen de l'état de cette excitabilité est des plus importants pour le diagnostic différentiel entre l'hypoesthésie acoustique, hystérique et les lésions aiguës du labyrinthe et du nerf acoustique. Dans le premier cas, il y a hypoexcitabilité; dans le second, une exquise hyperexcitabilité. Ce caractère différentiel n'a pas de valeur dans les cas d'affections labyrinthiques anciennes.

8° *Bruits subjectifs.* — Ils ne rentrent pas directement dans le cadre symptomatique de l'anesthésie hystérique. Ils peuvent cependant exister, et alors précèdent, accompagnent ou suivent les modifications brusques de l'acuité auditive, ou bien sont en relation avec des lésions organiques compliquant la névrose.

9° *Vertiges.* — Le vertige est un symptôme fréquent des accès hystériques; il peut dépendre aussi des troubles nerveux de l'organe de l'ouïe. L'absence de ce symptôme, lorsque la surdité hystérique s'établit rapidement, peut être un caractère important du diagnostic différentiel avec les affections organiques aiguës du labyrinthe.

10° *Caractère psychique de l'anesthésie.* — A ce sujet on peut diviser les maladies en deux catégories. La première comprend ceux qui ont une perception subconsciente ; la seconde, ceux qui n'ont aucune perception.

11° *Début. Marche. Pronostic.* — Le début peut être lent ou, au contraire, plus ou moins brusque. Dans ce dernier cas, il s'agit le plus souvent d'anesthésie acoustique essentielle sans complications organiques. Quelquefois elle apparaît tout à coup après une violente émotion ou un accès type d'hystérie. La durée est extrêmement variable. Le pronostic peut être considéré comme bénin.

DEUXIÈME PARTIE

Sensibilité de la peau et des muqueuses

Les rapports entre l'état de la sensibilité acoustique et de la sensibilité tactile sont très variables. On peut rencontrer les cas suivants :

1° Diminution correlative de la sensibilité acoustique et de la sensibilité tactile (c'est le cas le plus fréquent).

2° Diminution de la sensibilité acoustique sans diminution corrélative de la sensibilité tactile.

3° Diminution unilatérale de la sensibilité tactile avec une diminution bilatérale de la sensibilité acoustique.

4° Diminution de la sensibilité acoustique prépondérante d'un côté et diminution de la sensibilité tactile de l'autre côté.

5° Diminution de la sensibilité et hypoacousie bilatérale.

Quand l'anesthésie hystérique est très accentuée, elle présente davantage des caractères périphériques ; les divers modes de sensibilité d'une région déterminée du corps sont alors atteintes.

Si au contraire l'anesthésie est légère, elle offre seulement d'habitude un caractère psychique et l'on rencontre alors la dissociation de la sensibilité acoustique et de la sensibilité tactile.

La sensibilité de la conjonctive et du pharynx est souvent diminuée ou abolie dans l hystérie ; mais cette diminution peut exister en dehors de la névrose, d'après les observations de l'auteur, chez les personnes anémiques et chlorotiques et même chez certaines personnes saines.

La sensibilité de la muqueuse nasale a été trouvée ou normale, ou exagérée, jamais abolie.

En général, on peut affirmer que les parties des muqueuses les plus voisines de la peau se comportent comme cette dernière, en ce qui regarde la sensibilité tactile. Les altérations organiques, que les muqueuses peuvent présenter, modifient les caractères de la névrose.

TROISIÈME PARTIE

Les otalgies à caractère hystérique

L'otalgie est un symptôme fréquent chez les individus que Gradenigo appelle hystéroïdes. Chez les hystériques, elle prend un caractère de gravité tout spécial.

L'otalgie peut dépendre de :

1° La carie dentaire.

2° Des affections inflammatoires aiguës ou chroniques, même légères, du pharynx, du larynx ou du nez.

3° Des affections organiques de l'oreille, qui par elles mêmes n'expliquent pas la douleur auriculaire :

1° Otite moyenne catarrhale chronique.
2° Otite moyenne purulente subaiguë ou chronique.
3° Furonculose du conduit auditif externe.

QUATRIÈME PARTIE

Zones hystérogènes de l'organe de l'ouïe

Les phénomènes réflexes moteurs, qui dans l'hystérie ont l'oreille pour point de départ, proviennent en général :...

1° Des parois du conduit auditif externe et de la membrane tympanique. Dans ce cas on remarque :

1° Des phénomènes réflexes agissant surtout sur l'appareil respiratoire (toux, asthme) ;
2° Des vertiges et des nausées ;
3° De véritables attaques hystériques.

2° De l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache. Ils peuvent être en rapport avec :

1° Une otite moyenne catarrhale aiguë avec sténose tubaire notable.
2° Une otite moyenne purulente.
3° Une otite moyenne purulente compliquée de polypes.

Nota. Nous nous permettrons, à propos des polypes de l'oreille dans l'otite moyenne purulente chronique, de rappeler à M. le Dr Gradenigo notre travail personnel publié en 1892, et intitulé : Notes sur les polypes de l'oreille (in *Annales des maladie de l'oreille, larynx, nez et pharynx*, n° 8, 1892). Il y trouvera une observation qui rentre tout à fait dans le cadre de son étude. Cette observation a été mentionnée dans la thèse de M. le Dr Souza-Leite. (Des polypes de l'oreille et de leur traitement. *Thèse*. Paris, 1895, page 29).

3° De l'appareil de perception des sons en général ; ils peuvent se manifester alors sous la forme de réactions générales très intenses.

CINQUIÈME PARTIE

Hémorrhagies de l'oreille

Les hémorrhagies de l'oreille étroitement liées à l'hystérie peuvent se diviser en trois groupes :

1° Hémorrhagies périodiques provenant de vaisseaux développés dans des tissus pathologiques (granulations et polypes de la caisse) en dehors de toute action traumatique.

2° Hémorrhagies périodiques de l'oreille avec M. T. saine accompagnant les hémorrhagies d'origine nerveuse des autres muqueuses et de la peau.

3° Hémorrhagies périodiques provenant seulement de l'oreille avec M. T. normale. Ces dernières sont le plus souvent en relation avec des altérations anatomiques de l'organe de l'ouïe.

D'habitude l'otorrhagie est en relation avec la menstruation, mais non toujours. Dans les cas observés jusqu'à présent le mécanisme de cette hémorrhagie semble avoir été toujours le même ; le sang sort par petites gouttes des conduits excréteurs des glandes cérumineuses, principalement sur la paroi postérieure et supérieure du conduit.

Dans un dernier chapitre l'auteur traite le *côté thérapeutique* des symptômes auriculaires dans l'hystérie. On pourrait lui reprocher d'être un peu trop bref sur ce sujet en ne lui consacrant que quatre pages à peine. En voici toutefois les indications principales.

Les troubles hystériques de l'ouïe peuvent n'être qu'une partie des symptômes généraux de la névrose ; dans ce cas le traitement est celui de l'hystérie en général.

Ces mêmes troubles auriculaires peuvent être seulement l'expression d'une localisation isolée de la maladie. Dans ce cas, le traitement local de l'oreille ou bien du nez et de la gorge ne doit pas être fait à la légère. Les interventions les plus simples, non seulement ne donnent pas toujours le résultat cherché, mais aussi peuvent produire une aggravation.

L'électricité elle-même, soit galvanique, soit faradique, soit statique est un agent infidèle. Si elle guérit parfois, elle peut aussi aggraver les symptômes. Cette question mérite encore de

nouvelles et nombreuses recherches pour en bien fixer les indications.

Enfin la métallothérapie et la suggestion, soit à l'état de veille, soit pendant l'hypnose, peuvent être utilement employées.

En dernier lieu l'auteur signale la possibilité de la *simulation* si fréquente dans l'hystérie : certains hystériques cherchent à provoquer artificiellement une véritable affection organique de l'oreille par les moyens les plus divers, d'autres simulent seulement une surdité qui n'existe pas ou n'est que très légère. On en a vu simuler une surdité bilatérale complète associée ou non au mutisme. Le diagnostic est souvent très difficile, il ne faudra pas négliger l'examen approfondi des commémoratifs et des stigmates hystériques.

Nous n'avons cherché, dans cette analyse, qu'à donner une vue d'ensemble de l'ouvrage de M. le Professeur Gradenigo. Il ne nous appartient pas, du reste, d'en discuter les détails. Nous nous permettrons toutefois d'appeler l'attention sur une étude, où l'on trouvera pour la première fois, condensées et mises au point, toutes nos connaissances actuelles sur un des sujets les plus complexes de l'otologie.

HAMON DU FOUGERAY.

ANALYSES

I. — *OREILLE*

Sixième rapport annuel des cas admis à la clinique des maladies des oreilles, du nez, de la gorge et de la bouche, de STETTER. (*Monatsch. f. Ohrenh.* N° 4 avril 1895).

A retenir un plaidoyer en faveur de l'incision de Wilde dans toutes les périostites mastoïdiennes consécutives aux suppurations de la caisse, qui a donné à l'auteur un très grand nombre de guérisons. Ce n'est que dans des cas où il trouve l'os carié qu'il pratique l'évidement, ou lorsque l'os a une coloration bleu livide qu'il ouvre l'apophyse. Il agit de même lorsqu'il existe une fistule. L'état de la papille est important comme signe

de la propagation de l'inflammation aux méninges (Zaufal, Barnik), mais non suffisant pour justifier à lui seul la trépanation de la mastoïde. L'auteur a vu guérir par la simple ouverture d'un abcès périosté un malade présentant des vertiges, des vomissements et des phénomènes papillaires. L'intervention est au contraire nettement indiquée lorsqu'on diagnostique un abcès intracrânien.

L'état de l'os ne fournit pas d'indication absolue sur la présence du pus dans l'antre.

Le retard apporté à la trépanation par la pratique de faire toujours comme premier temps opératoire l'incision de Wilde, ne cause aucun préjudice au malade, et d'autre part il n'est pas indifférent de trépaner une mastoïde saine.

Signalons encore un cas de corps étranger ayant pénétré dans la caisse enlevé grâce à l'évidement de la paroi postérieure du conduit auditif. PAUL TISSIER.

Lupus de l'oreille externe lié en apparence à la vaccination, par le Dr R. KAYSER. (IXe Congrès des dermatologistes allemands 1895).

— Fillette de 13 ans 1/2, vaccinée dans sa première année ; peu après la mère constata sur la cicatrice vaccinale et sur le lobule de l'oreille du même côté de petites élevures qui ont graduellement augmenté jusqu'à l'époque actuelle où l'on voit une grosse tumeur occupant tout le lobule et une plus petite au bras ; elles sont de nature nettement lupique. Une enquête a établi que l'enfant vaccinifère et d'autres enfants vaccinés à la même époque avec son vaccin n'ont présenté aucun accident. Il n'y a pas de lupiques dans la famille, mais le père de l'enfant est mort tuberculeux trois ans après la naissance de cette enfant. Il paraît que l'enfant posait habituellement sa tête sur son bras gauche. Il y a là une forte présomption, si non la certitude d'un lupus vaccinal et de sa réinoculation à l'oreille. Ces faits sont absolument exceptionnels. M. N. W.

Pilocarpine dans les maladies de l'oreille moyenne et du labyrinthe, par SCHIRMUNSKI. (*Monats. für Ohrenh.* p. 33. No 2, février 1895.)

Depuis la communication de Politzer en 1880, de nombreux auteurs ont obtenu de bons résultats des injections de pilocarpine dans les infections du labyrinthe et de l'oreille moyenne. Chez deux malade, atteints de catarrhe sec de l'oreille, S. fit 15 et 20 injections de pilocarpine sans obtenir d'amélioration

réelle de l'audition. Chez plus de vingt-cinq malades il pratiqua les injections directement dans la caisse, les renouvela souvent jusqu'à plus de trente fois et n'obtint pas de meilleurs résultats qu'avec les injections de soude ou de potasse caustiques, de bicarbonate de soude, etc.

Dans les affections secondaires du labyrinthe il eut recours quatre fois à des injections sous-cutanées du pilocarpine ; dans les quatre cas résultat négatif. Ces insuccès s'expliquent par le fait de l'ancienneté des lésions non susceptibles de réparation, un tout autre résultat doit être attendu dans les affections récentes du labyrinthe dans lesquelles les produits inflammatoires n'ont pas encore eu le temps de s'organiser. Il publie à cet égard deux observations intéressantes, l'une de labyrinthite traumatique, l'autre de labyrinthite syphilitique.

La conclusion de ces nouvelles recherches peut ainsi se résument :

I. -- Ce n'est que dans les affections récentes du labyrinthe, de quelqu'origine qu'elle soit (traumatique, syphilitique ou secondaire) que l'on peut atteindre le résultat favorable des injections sous-cutanées de pilocarpine. Le résultat est d'autant plus sûr que le traitement est commencée plus tôt.

II. — Dans ces affections anciennes du labyrinthe, dans les catarrhes secs de l'oreille moyenne, il existe déjà des lésions définitives ; les injections de pilocarpine sous la peau ou dans la caisse, n'ont plus aucune influence. P. TISSIER.

Sur la pyohémie otitique, par HESSLER (*Arch. f. Ohrenheilk.* Bd. 38. Heft. 1 et 2, 20 Décembre 1894).

H. a observé neuf cas de pyohémie otitique dont la marche particulière lui fait décrire une variété de pyohémie otitique avec métastase et participation partielle du sinus dont les caractères sont les suivants : l'état général du malade n'est que peu troublé ; l'appétit est conservé ; il n'y a ni douleurs de tête ni somnolence ; le malade ne garde le lit qu'à contre-cœur. Les foyers secondaires évoluent diversement : les uns se résorbent spontanément, les autres suppurent et doivent être ouverts au bistouri. Lorsque les foyers pulmonaires arrivent à suppuration, il ne se produit généralement pas de pneumothorax : le foyer guérit rapidement et spontanément ; cette complication n'est donc pas une contre indication au traitement opératoire de la pyohémie.

La durée est variable : elle est courte s'il n'existe pas de mé-

tastase ; elle est longue si les frissons et les métastases se reproduisent après une ou plusieurs périodes de calme et de bien-être et si, après avoir paru rétrocéder, les foyers secondaires finissent par suppurer.

Le pronostic est relativement favorable : la guérison s'opère dans presque tous les cas avec ou sans opération sur l'oreille et sur les foyers secondaires. M. BOULAY.

Signification diagnostique des modifications de la conduction osseuse dans les affections profondes de l'apophyse mastoïde, du sinus maxillaire, du sinus frontal, etc., par le Dr OKUNEFF, de St.-Pétersbourg, (*Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. 38, 3 et 4 Hft, avril 1895.)

Okuneff se sert d'un otoscope ordinaire dont-il a remplacé un des embouts par un petit entonnoir de caoutchouc durci qu'il place sur les différents points de l'os à explorer. A l'état normal si on place sur la ligne médiane de la tête un diapason vibrant, l'entonnoir transmet à l'oreille de l'examinateur un son clair. S'il y a une lésion osseuse le son s'obscurcit et permet le diagnostic.

Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Il faut toujours s'assûrer de l'état de la conduction osseuse lorsque se pose la question de la trépanation de l'apophyse mastoïde.

2° Toute modification du son du diapason dans le sens de l'affaiblissement ou de l'obscurité est l'indice non douteux d'une lésion osseuse profonde (foyer purulent, carie, néoformation, etc).

3° Il est probable que les mêmes modifications peuvent exister dans toutes les lésions profondes des os quels qu'ils soient.

4° La constatation de ces modifications de la conduction osseuse, surtout dans les cas douteux à évolution chronique, permet de pratiquer de bonne heure la trépanation, alors qu'il n'existe aucun autre signe de lésions mastoïdiennes : ce diagnostic précoce améliore sensiblement les résulats de l'intervention opératoire.

5° Une diminution de la conduction osseuse, fixe, persistante, limitée verticalement sur le bord externe de l'apophyse est un signe sûr de thrombose du sinus transverse.

6° Une néoformation osseuse donne de l'obscurcissement mais jamais au même degré que les lésions osseuses profondes.

7° Dans les cas d'hypérémie de l'apophyse (inflammations aiguës de l'oreille moyenne avec infiltration des parties molles, exaurbations dans les formes chroniques) on peut observer des modifications étendues de la conduction osseuse qui durent de 1 à 3 jours au plus.

8° Les inflammations du périoste de l'apophyse, même avec formation d'abcès, ne donnent que des modifications insignifiantes de la conduction osseuse.

9° Les exsudats des sinus frontal et maxillaire, de nature catarrhale ou purulente, peuvent être facilement diagnostiqués par ce moyen.

10° Ce procédé est applicable aux enfants et aux malades qui sont dans un état comateux. Il a donc, comme on le voit, une importance qui peut être comparée à celle de l'auscultation pour les autres organes. M. LS.

Tumeur cérébrale compliquée d'otite moyenne purulente et prise pour un abcès cérébral, par le prof. SCHWARTZE, de Halle (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 38, Hft. 3-4).

Un enfant de 12 ans a, depuis plusieurs années, une otorrhée d'origine inconnue : depuis deux mois céphalée, surtout au niveau de l'occiput ou du front, vertiges fréquents dans les mouvements de rotation de la tête, nausées et vomissements tous les matins, diplopie passagère. Névrite optique double. Dans l'oreille gauche, légère suppuration fétide avec des croûtes purulentes sur la courte apophyse qui font suspecter la carie des osselets. Un curettage complet de la caisse permit, en effet, de constater un point nécrosé sur la paroi labyrinthique de la caisse et un léger degré de carie de l'enclume. Rien du côté du toit de la caisse.

Amélioration rapide qui ne dura que jusqu'au moment où le malade put se lever. A ce moment tous les accidents reparurent. Bientôt il s'y ajouta des douleurs dans les jambes, de la parésie du bras droit, des accès de délire avec spasmes dans le facial droit. A aucun moment, il n'y eut de vertiges ni d'incoordination motrice pendant la marche.

On fit la trépanation mais on ne découvrit pas le foyer purulent que l'on s'attendait à trouver ; l'enfant continua à présenter des troubles après l'opération, prit de la fièvre six jours après l'opération et succomba aux progrès d'une méningite purulente. A l'autopsie, la lésion cérébrale était une tumeur du cervelet

(gliosarcome), ayant environ le volume d'un œuf de poule. L'auteur insiste sur les points qui pouvaient faire croire à un abcès en rapport avec la lésion de l'oreille et sur l'absence des symptômes caractéristiques des tumeurs du cervelet.

La même mémoire contient une observation très détaillée d'abcès cérébral dans le lobe temporal consécutif à une otorrhée. Guérison complète après trépanation. M. LS.

Le pronostic des opérations pour mastoïdites chez les diabétiques, par A. H. Buck (*New-York med. journal*, 29 juin 1895).

B. a réuni dix observations de mastoïdites chez des diabétiques. Sept ne furent pas opérés et cinq moururent ; trois furent opérés et un seul mourut. Dans quatre cas observés personnellement et tous opérés, il y eut deux décès. Si l'on pouvait établir une statistique sur d'aussi petits chiffres, la mortalité serait chez les non opérés 71 °/₀, chez les opérés 43 °/₀.

B. remarque que beauconp des opérations faites remontent déjà à une époque ancienne. Il croit que le pronostic actuel serait beaucoup plus favorable, surtout en opérant de bonne heure avant que l'os temporal soit envahi trop profondément.

A. F. PLICQUE.

II. — *BOUCHE ET PHARYNX*

Sur les modifications des lèvres à la suite de la respiration buccale ayant duré des années, par Ott. (*Archiv. f. Laryng. u. Rhin.* Bd. II, Heft. 3, p. 299).

Dans les cas où pendant des années la respiration a été buccale, l'inactivité complète ou non de l'orbiculaire des lèvres amène une déformation caractérisée par l'amincissement et le peu de développement des lèvres en quelque sorte trop petites (ne recouvrant pas les dents). Il se passe ce qui a été maintes fois observé au niveau des dilatateurs des ailes du nez Y a-t il simple atonie, n'y a-t-il atrophie, c'est au moins probable. Le traitement rationnel consiste dans les efforts volontaires des malades, le massage et l'électrisation. L'auteur qui a donné trois cas typiques n'a pas essayé ces deux derniers moyens qu'il conseille théoriquement. PAUL TISSIER.

Inflammation aiguë des conduits de Rivinus et des glandes sublinguales, par H. NÆGELI-AKERBLOM (*Monats. für Ohrenh.* page 80, n° 3, mars 1895).

L'inflammation aiguë des glandes sublinguales a été rarement observée. Chez un enfant de 11 ans, N. vit se développer une maladie fébrile avec frissons qui se traduisit par le développement d'un dépôt d'un exsudat blanchâtre au niveau des orifices des canaux de Rivinus. En même temps existait la tuméfaction de la muqueuse du canal et une rétention de la salive dans les glandes sublinguales que l'on pouvait vider par la pression. La guérison fut rapide et complète, contrairement à ce qui se passa dans les cas de Ipscher et Weber. P. TISSIER.

Sur la transformation cornée de l'épithélium au niveau de l'anneau adénoïdien de la gorge de Waldeyer et sur la maladie dite mycose du pharynx due au leptothrix, par SIEBENMANN (*Archiv. f. Laryn. Rhin.* Bd. II, Heft. 3, Janvier 1895).

S. a examiné histologiquement les masses blanchâtres ou blanc grisâtres qui caractérisent cette affection, isolées ou en place avec le fragment d'amygdale sur lequel elles sont implantées. Il a constaté une transformation cornée très accentuée de l'épithélium des lacunes amygdaliennes. A l'état d'ébauche cette kératose est fréquente. La présence de leptothrix est secondaire et le nom de mycose pharyngée doit être repoussé.

PAUL TISSIER.

Sur l'angine goutteuse, par FRITZ DANTZIGER (*Monats. für Ohrenh.* n° 1, page 14, janvier 1895).

Chez un malade de 44 ans, un abcès typique de goutte fut précédé un jour d'un violent mal de gorge. L'accès goutteux ne put être calmé qu'au bout de quinze jours, en même temps disparut le mal de gorge. Cinq ans après, en 1884, même accès goutteux, même phénomène du côté de la gorge. Depuis cette époque plusieurs nouveaux accès précédés et accompagnés d'angines. Au cours du dernier accès les manifestations pharyngées persistèrent malgré toutes les médications employées, après la disparition de l'accès de goutte. Celui-ci reparut au bout de quinze jours en même temps que se développait une amygdalite phlegmoneuse.

La relation entre les phénomènes angineux et articulaires semble indiscutable. Apparition constante de la douleur arti-

culaire dans la nuit suivant le jour où se développe le mal de gorge ; parallélisme dans l'intensité des manifestations.

Il est à remarquer que dans les observations antérieures d'ailleurs très rares (Niemeyer, Schech) ces phénomènes du côté de la gorge disparurent avec l'apparition des manifestations articulaires (Löri). PAUL TISSIER.

Calcul de l'amygdale de grosseur inusitée, par ALBERT ROSENBERG (*Archiv. für Laryng. u. Rhin.* Bd. II, Heft. 3, page 405).

Les calculs de l'amygdale sont en général assez petits 0,1 à 3 gr. (Terrillon). B. Lauge a trouvé à côté d'un petit calcul, 4 gr., un gros calcul pesant 24 gr. Le poids de celui décrit par R. est moindre, 9 gr., 5 il avait 4 centim. de long. et 1,5 centim. de large. PAUL TISSIER.

Angiome du pharynx, par H. ANDERSON (*Brit. med. journ.* 1895, p. 77).

Femme de 40 ans, incommodée depuis plusieurs années par une sensation de corps étranger dans le pharynx et un besoin incessant de déglutition. Il existait une tumeur sur le côté droit du voile du palais, débordant un peu la luette ; la tumeur ressemblait assez à une mûre.) M. N. W.

Angiome du pharynx, par L. LICHTWITZ. (*Gazette hebd. des sc. de méd. de Bordeaux*, n° 14, 7 avril 1895).

Chez une jeune fille de 16 ans, L. vit dans la gorge une tumeur brun foncé, bleuâtre par places, sise en arrière de l'amygdale gauche, implantée par une base large. Pas de battements à son niveau. La paroi postérieure du pharynx présente une tache noire, irrégulière, sillonnée par une grosse veine dilatée. Il n'y a jamais eu d'hémorrhagie ni de gêne du côté de la gorge. Quelques nœvi pigmentaires sur la face. M. LERMOYEZ

Des sténoses du pharynx, par FLEISCHMANN et BORCHARD (*Archiv. für Laryng. und Rhin.* Bd II, Heft 3, p. 345).

Avec Heymann les auteurs admettent trois variétés de brides ou de sténoses cicatricielles du pharynx : 1° au niveau du pharynx nasal (orifice tubaire, choanes), 2° au niveau de l'isthme nasobuccal : brides entre le bord postérieur du voile et la paroi pos-

térieure du pharynx, plus rarement entre le voile et la base de la langue, 3° au niveau de l'aditus laryngé : entre la base de la langue et les parois pharyngées. Ils rappellent les principaux travaux sur la question, résument la seméiologie et le traitement et terminent par 3 observations dans lesquelles ils mettent en cause la diphthérie. Pour eux, bien des sténoses dites congénitales auraient cette étiologie. PAUL TISSIER.

Fibrome de la paroi postérieure du pharynx, par FICANO (*Bollet. delle malat. dell'orecch.*, etc. 1895, n° 5).

A la suite d'une angine, une femme de 30 ans vit apparaître dans sa gorge une petite tumeur dont le volume, d'abord minime, ne tarda pas à s'accroître au point de gêner la déglutition et la respiration. Deux mois après son apparition, elle présentait la grosseur d'un œuf de pigeon. Elle était implantée par un mince pédicule sur la partie droite de la paroi pharyngienne postérieure, sa couleur était bleuâtre et sa consistance ferme Son ablation à l'anse froide fut suivie d'une guérison définitive. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome.

M. BOULAY.

Identité pathologique probable des différentes formes d'inflammation septique de la gorge, par F. SEMON. (Société Royale de médecine et de chirurgie ; *Brit. med. journ.* 1895, p. 995 et 1092.)

Les inflammations décrites jusqu'à présent comme autant de maladies différentes sous les noms d'œdème aigu du larynx, de laryngite œdémateuse, d'érysipèle du pharynx et du larynx, de phlegmon du larynx et du pharynx, d'angine de Ludwig, ne sont probablement que des degrés d'un même processus ; il n'y a pas de lignes de démarcation nette entre les faits cliniques, qui forment une série continue depuis les cas légers, locaux jusqu'aux cas graves avec infection généralisée et issue mortelle ; depuis l'inflammation dite séreuse jusqu'à l'inflammation franchement purulente. La démonstration bactériologique de cette manière de voir n'est pas encore faite, mais il est urgent de faire des recherches dans cette direction ; l'auteur cite à l'appui de sa thèse 14 observations dont 2 avec autopsie.

Havilland Hall est du même avis d'après 7 cas qu'il a eu l'occasion d'observer et de publier. Lockwood au contraire objecte

que les microorganismes trouvés jusqu'à présent sont différents dans les divers cas publiés, que les symptômes sont fort dissemblables aussi. Harrison Crips cite deux cas d'angine de Ludwig, l'un consécutif à un phlegmon gangréneux du membre supérieur, l'autre de nature érysipélateuse.

Stephen Mackenzie a vu deux cas d'angine de Ludwig qui paraissaient liés l'un à la trichinose, l'autre à la tuberculose miliaire. Dundas Grant voudrait voir supprimer l'expression d'angine de Ludwig qui sert à désigner des choses différentes ; inflammation septique aiguë serait plus clair ; il fait observer combien les cas qui se lient aux affections des dents et des oreilles sont graves. Lowell Drage relate une petite épidémie d'angine observée dans une école ; les cas traités de bonne heure antiseptiquement guérissent sans accident, tandis qu'un garçon de 10 ans, vu trop tard, trachéotomisé à cause de l'œdème probable de la glotte, succomba dès le lendemain à divers accidents septiques : dyspnée, pneumonie double, rash. Kanthack a examiné quatre angines de Ludwig au point de vue bactériologique : il a trouvé le strepocoque, le staphylocoque blanc et doré et le pneumocoque ; pourtant ces cas différents bactériologiquement étaient identiques au point de vue des lésions anatomiques et des phénomènes cliniques ; c'est ce que l'on voit pour l'endocardite ulcéreuse par exemple, et il s'agit bien d'une maladie définie, sinon spécifique. M. N. W.

Transmission de la diphthérie par des personnes saines, par Herbert Peck (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1895).

L'auteur cite une série de cas où la diphthérie a été transmise aux habitants de plusieurs fermes éloignées les unes des autres, par des personnes restées indemnes ; dans un de ces cas le porteur du contage, un jeune homme de 18 ans, présentait dans la gorge des bacilles diphthériques en abondance, sans avoir jamais eu d'angine. M. N. W.

Le sérum antidiphthérique à Naples, par Massei (*Arch. ital. di laringologia*, 1895, n° 2).

M publie l'histoire de 16 cas de diphthérie observés et traités soit par lui soit par des médecins de Naples ou des environs. La mortalité fut de 2 sur 16, soit environ 13 %. Dans sept cas où la diphthérie resta limitée au pharynx, les malades guérirent.

Sur 9 enfants atteints de croup 5 guérirent sans intervention et 2 après intubation ; la mort survint deux fois après intubation. Le sérum qui fut employé était préparé à Naples par le Prof. de Giaxa, selon la méthode de Roux légèrement modifiée. Tandis que, dans cette dernière, on se sert pendant toute la période d'immunisation des chevaux, de la même toxine qu'on atténue artificiellement au début soit par une simple dilution, soit par l'action de la chaleur ou de substances chimiques, le Prof. de Giaxa se sert au début d'une toxine moins concentrée provenant de cultures plus jeunes. M. BOULAY.

Sur deux cas de diphthérie guéris par la sérumthérapie, par O. GAMBA (*Bollet. delle malat. dell'orecch.*, etc. 1895, n° 4).

Il s'agit de deux cas graves de diphthérie avec propagation aux choanes et aux fosses nasales qui guérirent rapidement par l'emploie du sérum, bien que celui-ci ait été injecté tardivement, après des tentatives infructueuses,de traitement par les anciennes méthodes. De ses observations, l'auteur conclut, conformément à l'opinion de Roux et d'Egidi, que le sérum antidiphthérique est absolument inoffensif et qu'on peut en injecter même une forte dose sans que le malade en éprouve le moindre trouble ni général ni local. M. BOULAY.

III. — *LARYNX ET TRACHÉE*

Périchondrite actinomycosique du cartilage thyroïde droit. Secondairement actinomycose périlaryngée et phlegmon cervical chronique. Troubles fonctionnels graves. Cachexie. Mort., par PONCET (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 20 avril 1895).

Observation intéressante d'une actinomycose ayant débuté par une périchondrite du cartilage thyroïde et qui, peu à peu, envahit d'abord les régions périlaryngées, puis presque tout le cou ; c'est le second cas connu de laryngite actinomycosique. L'affection débuta chez le malade,un homme de 57 ans,au niveau de l'aile droite du cartilage thyroïde et évolua en quinze mois. Pendant longtemps il n'accusa qu'une légère tuméfaction, du volume d'un œuf de pigeon, accompagnée d'un peu de dysphagie et de dysphonie. L'examen laryngoscopique ne montra tout d'abord qu'une rou-

geur diffuse de tout le larynx, un œdème considérable au niveau du repli aryténo-épiglottique droit, du cartilage aryténoïde et de la corde vocale supérieure. L'hypothèse d'un néoplasme fut écartée, le diagnostic fut hésitant entre laryngite syphilitique et laryngite infectieuse et on institua un traitement ioduré. Mais bientôt la tuméfaction devint fluctuante et nécessita une incision qui donna issue à un liquide séreux. Amélioration de quelques mois puis réapparition des mêmes phénomènes et extension des lésions à la périphérie de la tumeur. De nouveau le malade fut tranquille pendant plusieurs mois, puis, après une phase aiguë, il présenta tous les signes d'un phlegmon chronique du cou : plastron ligneux de toute la région cervicale antérieure allant d'un sterno-mastoïdien à l'autre, tissus indurés, orifices fistuleux multiples donnant issue à un magma granuleux. L'examen laryngoscopique ne révélait qu'une infiltration générale des replis aryténo-épiglottiques et des cordes vocales supérieures. A ce moment, l'idée de néoplasme étant toujours écartée, on fit le diagnostic d'actinomycose et l'examen du magma retiré des orifices fistuleux montra, en effet, de nombreux grains jaunes d'actinomycose. Peu à peu la dysphagie fit des progrès, le malade maigrit, se cachectisa, et il succomba à l'autopsie ; on ne put trouver aucune autre altération actinomycosique viscérale.

G. LAURENS.

Tuberculose laryngée sous-glottique, adénopathie cervicale. Sténose glottique. Intubation, mort, par CLAUDE. (*Bulletin de la Société anatomique* de Paris, mars 1895, p. 185).

L'intérêt de cette observation est dans l'emploi du tubage, pour remédier aux accès de suffocation. Le tubage n'a pas réussi, il a produit une inflammation des tissus tuberculeux et peut-être a-t-il accéléré la marche de la maladie ; c'est, du reste, la conclusion qu'a adoptée l'auteur, et nous n'en sommes pas surpris, car jamais l'intubation des larynx tuberculeux n'a donné de bons résultats entre nos mains. A. G.

Traitement médical du cancer laryngé, par VAUSANT (*Gaz. degli osped.*, 6 juin 1895).

Comme traitement local, V. a employé avec succès l'acétanilide. Celle-ci est appliquée sur les parties ulcérées préalablement détergées avec un tampon imbibé d'une solution antiseptique

quelconque Non seulement l'acétanilide empêche l'extension de l'ulcération cancéreuse, mais elle semble exercer une influence analgésique particulièrement appréciable en cas de dysphagie.

Comme autre moyen calmant, Vausant présente avec succès la mixture suivante :

Teinture de benjoin composée.	aa 30 gr.
Elixir parégorique	
Chloroforme	vingt gouttes.

Une cuillerée dans un demi-litre d'eau bouillante dont le malade inhale les vapeurs. A. F. PLICQUE.

Tumeur intra-laryngée enlevée par la thyrotomie, par James Mackenzie Booth (*Brit. med. journ.* 27 avril 1895).

Il s'agit d'un polype fibreux, inséré sur la partie antérieure de la corde vocale gauche, au quart antérieur du bord libre ; durant plus de deux ans la tumeur a été suivie dans son développement progressif, jusqu'à ce que son volume et la gêne respiratoire aient imposé l'opération extra-laryngée ; il était impossible de se servir de la voie naturelle à cause de l'irritabilité insurmontable du pharynx et du larynx. Le trait original de l'opération réside dans la forme de l'incision du cartilage thyroïde, une première incision médiane commence au dessous du bord du cartilage, ne sectionne pas ce bord et descend jusqu'au cricoïde qu'elle respecte ; l'écartement n'étant pas suffisant, une autre incision est faite vers le tiers inférieur du cartilage thyroïde, à angle droit avec la première ; un dilatateur à trois branches ouvre alors facilement une voie suffisante à la tumeur qu'une pince coupante enlève. Immédiatement les parties sectionnées se rapprochent si exactement que toute suture est inutile ; réunion des parties molles par première intention ; guérison avec restitution complète et rapide de la voix. M. N. W.

Note sur un cas de paralysie laryngée tabétique, par H. Mendel. (*Arch. int. de lar. rhin. otol.* Tome VIII, n° 1 ; p. 11, janvier février 1895).

L'auteur rapporte une observation montrant que le tabes peut déterminer au niveau du larynx des paralysies ayant le même caractère de fugacité que celle qu'il produit dans la musculature oculaire à sa période préataxique.

Il s'agit d'un malade, atteint de légères crises de dyscrasie mais non enrouée, qui se présente à M. le 11 juillet, offrant l'image d'une *paralysie récurrentielle gauche totale*. Les signes de la période préataxique du tabes étant des plus nets, l'auteur prescrit un traitement spécifique énergique. Le 30 juillet, la corde vocale gauche retrouve une partie de ses mouvements. Le 6 avril, les deux moitiés du larynx se meuvent également : mais il existe maintenant une *paralysie des abducteurs bilatérale*, en même temps que la respiration paradoxale observée ordinairement dans cette variété de paralysie. Le 1er octobre, la fente glottique est plus large pendant les mouvements inspirateurs, le caractère paradoxal de la respiration n'existe plus.

Donc :

1° Les paralysies laryngées tabétiques peuvent rétrocéder.

2° Elles peuvent changer de territoire comme les paralysies oculo-motrices.

M. LERMOYEZ.

Croup, intubation prolongée du larynx, trachéotomie ultérieure avec ulcération consécutive de la trachée, par MESLAY. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, février 1895, p. 93).

L'observation suivie de présentation des pièces de l'autopsie présente un intérêt réel : car elle a permis de constater l'invasion rapide de la tuberculose pulmonaire, sous l'influence de la diphthérie ; elle a permis de reconnaître la cause des accès nombreux de suffocation ayant nécessité des applications fréquentes de l'intubation, qui résultait de l'irritation des nerfs récurrents, comprimés constamment par des masses ganglionnaires trachéo-bronchiques. L'intubation fréquente du larynx n'avait pas altéré les tissu du larynx (12 intubations). C'est la trachéotomie qui a été la cause de l'ulcération de la trachée, suivie de perforation, sous l'influence de l'irritation causée par la canule et des accidents ultimes d'infection purulente qui ont emporté la petite malade âgée de 4 ans.

A. G.

Tubage du larynx dans le croup ; présentation d'instruments, par SEVESTRE (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôpitaux*, n° 14, p. 365, 25 avril 1895).

S. présente une série d'instruments construits par Collin pour le tubage du larynx ; ces instruments reproduisent dans leur ensemble les instruments d'O'Dwyer, mais en diffèrent par

certaines modifications de détail qui rendent le tubage plus facile et plus sûr.

Dans l'*introducteur* d'O'Dwyer le mandrin se fixe sur l'extrémité du manche à l'aide d'un pas de vis ; mais à la longue celui-ci se fausse ; le diamètre antéro-postérieur du mandrin, et par suite celui du tube lui-même, ne correspond plus au diamètre antéro-postérieur du larynx. Dans l'introducteur de Collin, la vis est remplacée par un verrou, qui fixe le mandrin d'une façon plus stable.

Dans l'appareil américain, le tube est détaché du mandrin et poussé dans le larynx par un *propulseur* formé de deux ailettes : mais celles-ci peuvent accrocher les replis aryténo épiglottiques ; de plus, le ressort à bandes qui les actionne est d'une stérilisation difficile et se trouve rapidement hors de service. Dans l'appareil de Collin, le propulseur est formé par un levier démontable.

Aux tubes longs et lourds d'O'Dwyer, Collin a substitué des *tubes courts*, qui irritent moins la trachée et sont beaucoup plus faciles à introduire : ils tiennent malgré cela très bien en place. Avec ces tubes courts, la manœuvre de l'extraction est très facilitée.

L'*extracteur d'O'Dwyer* a l'inconvénient de s'ouvrir sur un angle assez large, et de ne s'appliquer sur le tube que par un point très limité, ce qui occasionne des dérapages fréquents. Dans l'appareil de Collin, les dérapages deviennent beaucoup plus rares, par suite de l'écartement parallèle des mors de l'extracteur.

En terminant, S. signale un procédé nouveau d'extraction des tubes courts, imaginé par son interne Bayeux. Ce procédé qui ne réclame l'emploi d'aucun instrument, consiste à exercer sur la trachée, au niveau de la partie inférieure du tube, une pression avec le pouce de bas en haut : le tube est en quelque sorte énucléé et projeté au dehors. M. LERMOYEZ.

L'expectoration est-elle plus facile après la trachéotomie qu'après l'intubation ? par le Dr C. CORRADI (Extrait du supplément de la *Policlinique de Rome*, vol. I, n° 15).

L'auteur, prenant pour texte de discussion un passage de la communication du Dr Bonain (de Brest) à la Société Française d'Otologie, Rhinologie et Laryngologie, où celui ci avance que *l'intubation est plus favorable que la trachéotomie* pour l'expulsion des fausses membranes et des sécrétions pathologiques de

la trachée et des bronches, cherche à rejeter cette assertion. Il fait remarquer, d'abord, qu'avec une canule trachéale munie d'une ouverture supérieure, on a ainsi deux voies d'expulsion au lieu d'une. Puis il se lance dans des considérations physiques basées sur le principe de Pascal (égalité de pression sur les surfaces par les liquides). Nous ne pouvons suivre ici l'auteur dans ce long exposé théorique. Malgré les expériences multiples qu'il signale à ce sujet, nous doutons que le principe de Pascal soit applicable aux mucosités trachéales et bronchiques et en particulier aux fausses membranes. H. DU F.

Erreurs laryngologiques, par A. KUTTNER (*Archiv. f. Laryng. und Rhin.* Bd. II, Heft 3, p. 315).

Les erreurs de diagnostic en laryngologie sont plus fréquentes que ne le croient ceux qui sont privés, et c'est la règle, du contrôle nécropsique. Kuttner cite à ce point de vue trois observations : la première, dans laquelle on avait diagnostiqué une paralysie bilatérale des abducteurs de la glotte et où l'autopsie montra qu'il s'agissait en réalité d'une immobilisation des deux articulations crico-aryténoïdiennes d'origine inflammatoire ; la seconde, dans laquelle on avait pensé à une compression de la trachée par un anévrysme ou une tumeur du médiastin et où l'autopsie montra des ulcérations, des infiltrats gommeux, l'apparence de compression étant due à l'épaississement de la muqueuse. Dans le troisième cas, le diagnostic était tuberculose, la réalité, syphilis. L'examen, après trachéotomie, ne laissa aucun doute et Kuttner se demande si beaucoup des cas où la trachéotomie amena de bons résultats étaient tuberculeux comme l'ont pensé les auteurs. PAUL TISSIER.

Recherches expérimentales sur les centres cérébraux de la phonation, par FÉLIX KLEMPERER (*Archiv. für Laryng. u. Rhin.* Bd. II, Heft 3, p. 329).

Les recherches de Krause, confirmées par les minutieuses expériences de Semon et Horsley, ont été en général acceptées. Il existe au niveau de l'écorce chez le chien, au niveau des deux hémisphères, une surface localisée près du pied du gyrus préfrontal ou précrucial dont l'excitation électrique unilatérale provoque toujours une adduction bilatérale des cordes vocales, même si l'on a recours à de faibles courants. Ces données ont été contredites par Masini seul, d'après l'expérimentation et par cer-

tains auteurs s'appuyant sur des faits cliniques non absolument démonstratifs.

Sur 20 chiens, K. a vérifié les résultats de Krause (narcose par l'éther complète) : chez le chat, il a pu, près du centre d'adduction, trouver un centre déjà noté par Horsley dont l'excitation électrique provoque l'abduction des cordes.

L'ablation de ce centre cortical (déterminé auparavant par l'excitation électrique chez deux chiens resta sans effet sur le mécanisme du larynx ; la détermination de foyers pathologiques aigus : (bacille typhique, chroniques : bacille tuberculeux unis ou bilatéraux (12 chiens) n'influa en rien sur le larynx. Le centre cortical du larynx sur le chien n'a donc aucune importance pathologique, ce n'est pas un sens moteur dans l'acceptation habituelle de ce terme.

Le centre phonatoire, décrit par Onodi, en arrière des tubercules quadrijumeaux, n'existe pas. PAUL TISSIER.

Sur l'examen extérieur du larynx, par C. GEHRARDT (*Archiv. f. Laryng. u. Rhinol.* Bd. II, Heft 3, p. 289).

Gehrardt insiste sur les renseignements que peut donner l'examen extérieur du larynx et montre qu'il ne faut pas la négliger en considération de ceux tirés de l'examen avec le miroir : mouvement du larynx dans la dyspnée, absent dans certains cas (sténoses trachéales syphilitiques avec tuméfaction des glandes voisines) ; tête inclinée en arrière dans les sténoses laryngées, inclinée en avant dans les sténoses trachéales. En cas de rétrécissement marqué il se produit une respiration bruyante : respiration croupale, cornage, etc. Si le bruit perçu par la pulpe du doigt s'entend seulement à l'expiration, la sténose siège profondément, s'il s'entend seulement à l'inspiration, la sténose est laryngée : pulsations laryngo-trachéales de l'anévrysme de l'aorte.

La palpation de l'espace situé entre le thyroïde et le cricoïde peut faire reconnaître la paralysie du cricothyroïdien (tenseur externe des cordes vocales), le rapprochement des deux cartilages au moment de l'effort phonatoire manque d'un côté ou des deux à la fois. L'examen électrique permet de reconnaître s'il s'agit d'une paralysie centrale ou périphérique. Si la muqueuse laryngée est insensible, il s'agit d'une lésion nerveuse, d'une lésion musculaire dans le cas inverse. Si l'on applique symétriquement à la partie inférieure de la face latérale du cartilage hyroïde la pulpe des deux index, on perçoit égale des deux côtés

la vibration des cordes. Si l'une d'elles est paralysée, la vibration manque du côté correspondant.

G. signale l'influence des pressions exercées sur le larynx dans le cas de paralysie.

Chemin faisant il donne deux observations, l'une d'anévrysme de l'aorte avec pulsations laryngées, l'autre de tremblement des cordes vocales visible surtout au moment de l'expiration.

PAUL TISSIER.

IV. — *ŒSOPHAGE, CORPS THYROIDE, etc.*

Un cas de corps étranger de l'œsophage ; mort par ulcération du tronc brachio céphalique, par CROFTON-ATKINS. (*Brit. med. journ.*, 1895, p. 978).

Un enfant de 3 ans avale une pièce de monnaie (halfpenny) sans en éprouver aucun inconvénient et sans qu'aucun symptôme n'attire l'attention ; on lui donne des soupes, puis une purgation on surveille les selles pendant plusieurs jours sans rien trouver. Six semaines plus tard l'enfant est ramené à l'hôpital pour une stomatite ulcéreuse légère qui est presque guérie au bout de huit jours. On remarque pendant ce second séjour à l'hôpital que les aliments solides provoquent de la toux. Subitement un matin l'enfant rend deux onces de sang rouge ; une deuxième hémorrhagie l'emporte la nuit suivante. A l'autopsie on trouva sur le côté droit de l'œsophage, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, une poche grande comme une noix et contenant la pièce avalée ; d'autre part, un stylet introduit dans le cœur gauche arrivait dans la même poche par l'aorte et le tronc brachio-céphalique. Il n'y avait pas de pus. M. N. W.

Nouvelle note sur les modifications de la quantité relative d'oxyhémoglobine contenue dans le sang des myxœdémateux, par P. MASOIN. (*Bulletin de la Société de biologie*, mars 1895, p. 214).

Des recherches faites par cet auteur il résulte que la quantité d'oxyhémoglobine s'abaisse sensiblement dans le sang des myxœdémateux et que si cette quantité se relève chez les malades améliorés ou guéris elle demeure toujours sensiblement inférieure à la normale : aussi chez des myxœdémateux non

traités on a trouvé de 6 à 8 °/₀ d'hémoglobine, chez une myxœdémateuse, guérie, la quantité ne s'est pas élevée au delà de 10 °/₀. A. G.

Sarcôme du corps thyroïde et du poumon, tuberculose pulmonaire, par Marcel Labbé (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, avril 1895, p. 308).

L'auteur relate avec autopsie à l'appui une coïncidence assez intéressante de sarcôme de la glande thyroïde et du poumon et de tuberculose pulmonaire. La tumeur thyroïde avait pris une extension assez considérable ; malgré le mauvais état général la tumeur fut extirpée par M. Lejars ; à l'autopsie on trouva que les lésions tuberculeuses existaient à la place habituelle, c'est-à-dire au sommet de l'organe, c'est à la base de l'organe que se trouvaient appendues les tumeurs sarcomateuses. A G.

Note sur la situation du corps thyroïde par rapport à la trachée, par Mauclair (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1895, p. 131).

L'opinion classique est que l'isthme du corps thyroïde recouvre les quatre premiers anneaux de la trachée ; à ce sujet l'auteur cite tous les passages des anatomistes les plus connus ; par l'observation de 80 cadavres ou pièces de musée, M. a constaté que ces rapports étaient moins étendus et que l'isthme du corps thyroïde remontait plus haut. Dans la trachéotomie, dit il, on ne sectionne presque jamais les artères qui ne sont pas au milieu de cet isthme, mais surtout les veines dont l'hémorrhagie est généralement peu grave. A. G.

Thyroïdectomie dans la maladie de Basedow et le goitre, par Mickulicz (*Congrès de chirurgie allemande*, avril 1895).

Dans 11 cas, l'auteur a pratiqué deux fois la ligature des artères thyroïdiennes, neuf fois l'extirpation du goitre. Aucun malade n'a succombé à l'opération, six ont été complètement guéris, quatre très améliorés. Ce résultat justifie l'intervention chirurgicale, d'après M. Il insiste toutefois sur ce fait, que l'amélioration ne survient quelquefois que plusieurs mois après l'opération, surtout au point de vue des troubles cardiaques et de l'exophtalmie. G. Laurens.

Premiers résultats des recherches sur les modifications histologiques des glandules thyroïdiennes après la thyroïdectomie, par NICOLAS et GLEY. (*Bulletin de la Société de biologie*, mars 1895, p. 216).

Cette note est très importante au point de vue de l'opinion de Gley sur la suppléance de la glande thyroïdienne par des glandules accessoires qu'on trouva facilement chez certains animaux. Les expériences sont peu nombreuses, mais l'examen histologique a été bien fait et il semble résulter de ces examens qu'il se forme, au bout de peu de jours, des modifications dans la structure des glandules accessoires ; les auteurs ont observé l'apparition de nouveaux îlots d'épithélium mais n'ont pas vu de vraies cellules thyroïdiennes avec leur contenu colloïde. Comme ils le disent, des expériences supplémentaires sont encore nécessaires pour tirer des conclusions certaines. A. G.

Un cas de bronchocèle (thyroïdite aiguë) consécutive à l'influenza, par WILLIAM BARKER. (*Brit. med. journ.* 1895, p. 977).

L'observation concerne une femme qui vit se développer, après une attaque d'influenza, un gonflement induré et douloureux du corps thyroïde, de sa moitié droite surtout. En quelques jours les accidents devinrent menaçants et la trachéotomie, fort difficile dans ces cas, paraissait imminente ; la dyspnée, la suffocation allaient augmentant avec la tuméfaction et la fièvre, sans que, à aucun moment, il y ait eu envahissement du tissu cellulaire ni des ganglions. Le cinquième jour un vomitif fut administré et débarrassa les voies respiratoires d'une quantité de mucus et de muco pus, la trachéotomie fut évitée et la thyroïdite alla diminuant et finit par guérir au bout d'une huitaine de jours par résolution. Le traitement local avait consisté en applications émollientes.

Un cas de même nature est rapporté par le Dr Smeeton (*Brit. med. journ.* 1895, p. 1090). La thyroïdite aiguë survint chez un homme trois jours après la défervescence de l'influenza ; la fièvre reparut, le corps thyroïde douloureux et volumineux occasionnait de la dyspnée, mais les accidents cédèrent en peu de jours. Dix-huit mois plus tard on pouvait pourtant constater une certaine hypertrophie de l'isthme du corps thyroide. M. N. W.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCE

Nez.

E. Ménière. Des tumeurs adénoïdes (*Bull. méd.*, 27 août 1893).

E. J. Moure. Sur un cas de rhinolithe spontané (Bull. et mém. de la soc. d'ophtalm. lar. otol. et rhin. de Bordeaux et du Sud-Ouest, 22 mars 1893).

Th. Goureau. Tumeurs adénoïdes latentes. Otorrhée et otorrhagie consécutives (*Médecine intern*, août 1893).

P. Heymann. De la céphalalgie dans les affections nasales (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, septembre-octobre 1893).

W. Fliess. Les réflexes d'origine nasale (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, septembre-octobre 1893).

H. Mendel Abcès du méat inférieur d'origine dentaire ; incision ; curettage ; guérison (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, septembre-octobre 1893).

P. Tissier. Coryza diphthéritique (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 11, 18 et 25 octobre 1893).

Wagnier. Du traitement des fibro-myxômes naso-pharyngiens (*Revue intern. de rhin. otol. et lar.*, 25 septembre 1893).

J. Herck. Quelques remarques à propos de deux cas de rhinite chronique accompagnée d'ozène (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.* 25 septembre 1893.

L. Lichtwitz. Sur les maladies des sinus ou cavités accessoires du nez (*Bulletin med.*, 25 et 29 octobre 1893).

M. Lermoyez. Le toucher rhino-pharyngien (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 25 octobre 1893).

P. Garnault. Guérison rapide d'un épithélioma de la face et du nez par les courants électrolytiques de faible intensité (*Clinique française*, octobre 1893).

L. Rougier. A propos du traitement de l'épistaxis (*Bull. méd. et adm. du Dispensaire gén. de Lyon*, 15 novembre 1893).

Wagnier. Du traitement des fibro-myxômes naso pharyngiens (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 novembre 1893).

S. Duplay. Des polypes muqueux des fosses nasales (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 novembre 1893).

Le Fur. Etude sur les sarcômes des fosses nasales et leurs voies d'opération (Thèse de Paris, novembre 1893).

P. Tissier. Considérations historiques sur l'ozène (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 22 novembre 1893).

Beausoleil. Occlusion congénitale de la partie postérieure des fosses nasales (Soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux, 30 octobre 1893).

Lavrand. Polype fibro-muqueux des arrière-narines détaché spontanément (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 22 septembre 1893).

P. Tissier. Symptômes de l'ozène (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 6 décembre 1893).

Kafemann. Sur la coexistence de diverses tumeurs dans les fosses nasales et dans le pharynx (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 décembre 1893).

E. Guillaume. Des spéculums nasi (*Union méd. du Nord Est*, décembre 1893).

P. Tissier. Facies et signes objectifs de l'ozène. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 20 et 27 décembre 1893).

R. Dreyfuss. Contribution à l'étude des suppurations nasales ; périostite purulente des cornets consécutive à la carie dentaire (*Arch. de lar. rhin. otol.*, novembre-décembre 1893).

H. Luc. Note sur une variété rare de myxôme nasal (*Arch. de lar. rhin. otol.*, novembre-décembre 1893).

E. Deschamps. Diagnostic de l'empyème latent du sinus maxillaire (Soc. de méd. de l'Isère, 10 novembre 1893).

P. Tissier. Signes objectifs et complications de l'ozène (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 4 janvier 1894).

H. Burger. Du diagnostic de la suppuration du sinus maxillaire (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er janvier 1894).

E. Baumgarten. Nez antérieur double ; deux cloisons cartilagineuses et trois narines (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er janvier 1894).

A. Onodi. Cas intéressant de sarcôme de la fosse nasale (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er janvier 1893).

P. Garnault. Le massage vibratoire et électrique des muqueuses. Sa technique, ses résultats dans le traitement des maladies du nez, de la gorge, des oreilles et du larynx (Un vol. de 156 pages, soc. d'Ed. scient.. Paris, 1894).

Grellety. Traitement du coryza (Soc. de thérap. séance du 13 décembre 1893 ; in *Bull. gén. de thérap.*, 8 janvier 1894).

G. Roux. Traitement des affections légères des voies respiratoires par les inspirations d'eau de Cologne (Soc. des sc. méd. de Lyon ; in *Lyon méd.*. 14 janvier 1894).

Rougier. Du diagnostic visuel des végétations adénoïdes du pharynx par la pharyngoscopie antérieure et de leur ablation au lacet par les fosses nasales antérieures (*Bull. méd. du Dispensaire gén. de Lyon*, 15 janvier, 15 février et 15 mars 1894).

P. Tissier. Des rhinites aiguës chez le nouveau-né et chez les enfants (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, janvier 1894).

P. Tissier. Complications et lésions anatomiques de l'ozène (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 17 janvier 1894).

F. Mounier. Du perchlorure de fer comme traitement de la rhinite chronique hypertrophique (*France méd.*, 19 janvier 1894).

H. Mollière. Traitement de l'asthme des foins par l'eau de Cologne (Soc. des sc. méd. de Lyon ; in *Lyon méd* , 21 janvier 1894).

E. Reymond. Tumeur du corps pituitaire (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 26, décembre 1893).

P. Tissier. Considérations anatomiques sur l'ozène (*Ann. de méd. scient. et prat*, 31 janvier 1894).

Lacoarret. I. Hémorrhagie secondaire consécutive à l'ablation de végétations adénoïdes. — II. Tumeur maligne du pharynx nasal (*Ann. de la policlin. de Toulouse*, octobre et novembre 1893).

Molinié. Considérations sur deux cas de lupus primitif des fosses nasales (*Midi méd.*, nº 51, 1893).

H. Ripault. Ablation de végétations adénoïdes (*Gaz. méd. de Paris*, 10 février 1894).

Marchandé. Des tumeurs adénoïdes du pharynx (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 14 février 1894).

P. Tissier. Pathogénie et étiologie de l'ozène (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 14 et 28 février 1894).

A. Castex. Technique et résultats opératoires dans les tumeurs adénoïdes du pharynx (Soc. de méd. et chir. prat., 1er février ; in *Médecine moderne*, 21 février 1894).

A. Castex et **Malherbe**. Contribution à l'étude des tumeurs adénoïdes (*Bull. méd.*, 4 et 7 mars 1894).

Decourt. La rhinite hypertrophique chez les enfants, ses complications, son traitement (*Thèse* de Bordeaux, 1894).

H. Mendel. Syphilis héréditaire des fosses nasales (Soc. franç. de derm. et syphil., séance du 8 mars, Paris, 1894).

Péan. Des moyens prothétiques destinés à obtenir la réparation des parties osseuses (*Gaz. des hôp*, 15 mars 1894).

P. Tissier. Formes cliniques, évolution et diagnostic de l'ozène (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 14 mars 1894).

E. J. Moure. Des rhinolithes spontanées. Nécessité de pratiquer l'examen histologique et chimique (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 mars 1894).

P. Tissier. Des coryzas à fausses membranes (*Gaz. des hôp.*, 17 mars 1894).

M. Lermoyez. Rhinologie, otologie, laryngologie à Vienne (Un vol. de 539 pages, cartonné à l'anglaise, G. Carré, éditeur, Paris, 1894).

A. Courtade. Etude sur l'emploi de la pince ou de la curette dans l'opération des végétations adénoïdes (*Journ. de méd. de Paris*, 18 mars 1894).

Garnault. Comment doit-on opérer les végétations adénoïdes. Peuvent-elles récidiver après l'opération ? (*Clin. française*, 31 mars 1894).

Labbé. Sur un cas d'anosmie (*Rev. gén. de clin. et thérap.* 4 avril 1894).

V. Galippe. Des rhinolithes. — Calculs de l'amygdale et du larynx. — Otolithes (*Journ. des conn. méd.*, 5, 12 et 19 avril 1894).

Strazza Destruction par l'électrolyse d'une volumineuse tumeur caverneuse de la cloison (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 mars 1894).

Moncorgé. Un cas d'ulcère perforant de la cloison et de mal de Bright (*Rev int. de rhin. otol. et lar.*, 10 mars 1894).

Tacquet. Des voies lacrymales comme cause de l'origine nasale des affections oculaires (*Thèse* de Paris, avril 1894).

P. Tissier. Diagnostic et traitement de l'ozène (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 28 mars, 18 et 25 avril 1894).

Sieur. Tumeurs adénoïdes (Soc. des Sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 8 avril 1894).

Castex et **Malherbe**. Recherches sur la croissance post-opératoire dans les tumeurs adénoïdes (*Presse méd*, 31 mars 1894).

Guément. De l'influence exercée par la présence de végétations adénoïdes sur l'augmentation du volume des amygdales (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, n° 18, 1894).

Peaucellier. Influence des affections nasales sur le tube digestif (*Gaz. méd. de Picardie*, n° 1, 1894).

Dutauziet. De l'asthme survenant chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes (Thèse de Paris, avril 1894).

Bazenerye. Etude clinique sur la syphilis nasale acquise (Thèse de Paris, avril 1894).

L. Lacoarret. Abcès à répétition du plancher des fosses nasales (*Ann. de la policlin. de Toulouse*, mars 1894).

Fromaget. Iritis consécutive à un empyème de l'antre d'Highmore (*Bull. et mém. de la soc. d'ophth. lar. otol. et rhin. de Bordeaux et du sud-ouest*, n°s 11 et 12, 1893).

Latapie. Traitement de l'épistaxis (*Gaz. des hôp*, 19 avril 1894).

A. Courtade. Des névroses réflexes de la muqueuse nasale et particulièrement de l'asthme (Soc. de méd. et chir. prat., séance du 19 avril; *Journ. de méd. de Paris*, 27 mai 1894).

G. Thibierge. Chancre syphilitique de la muqueuse nasale (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 28 avril 1894).

Delie. Traitement des polypes muqueux des fosses nasales (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 30 avril et *Rev. int. de chir. otol. et lar.*, 10 juin 1894).

Wagnier. Traitement des polypes muqueux et fibro-muqueux des arrière-narines et du pharynx (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 30 avril 1894).

P. Raugé. Traitement de l'ozène (Soc franç. de lar. otol. et rhin., séance du 30 avril 1894).

C. Miot. Epistaxis grave; guérison (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 1er mai; *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er juin 1894).

Combe. Corps étranger du sinus maxillaire. Elimination spontanée par les fosses nasales après 4 ans et 1 mois de séjour (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 1er mai 1894).

A. Castex. I. Deux cas de rhinosclérome. — II. Fissure des narines (Soc. franç. de lar otol. et rhin., séance du 1er mai 1894).

A. Raoult. Empyème des cellules ethmoïdales antérieures avec nécrose de la paroi osseuse de la narine gauche et fistule externe (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 2 mai; *Rev de lar. otol. et rihn.*, 1er juin 1894).

E. J. Moure et **Sabrazès**. Un point de la bactériologie des fosses nasales (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 2 mai 1894).

F. Chabory Anémie d'origine nasale (Soc. franç. de lar. otol. et rhin, séance du 2 mai 1894).

Guillaume. Des végétations adénoïdes et, en particulier, sur leur diagnostic et leur traitement avec la pulpe de l'index (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 2 mai ; *Rev. de lar. otol. et rhin*, 16 novembre 1894).

G. **Mendel**. Un cas d'ozène rhino-laryngo trachéal (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 2 mai 1894).

P. **Tissier**. Mise en œuvre de la médication de l'ozène (*Ann. de méd. scient. et prat*, 9 mai 1894).

Noquet. Sur un cas de rhinolithe (Soc. franç. d'otol. et lar., séance du 2 mai ; *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er août 1894).

Guibert. Du traitement rhino-pharyngien dans les affections oculaires (Soc. franç. d'ophthalm., séance du 9 mai et *Recueil d'ophthalm.*, juillet 1894).

E. **Berger**. Troubles oculaires dans les affections du sinus sphénoïdal (Soc. franç. d'ophthalm., séance du 9 mai 1894).

G. **Martin**. Tumeurs de l'orbite causées par une sinusite frontale (Soc. franc. d'ophthalm., mai 1894).

J. **Masselon**. De la sclérectasie nasale dans la myopie (Soc. franç. d'ophthalm., mai 1894).

L. **Lacoarret**. Hématome de la cloison des fosses nasales (Soc. franç. de lar. et otol. ; *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 mai 1894).

A. **Courtade**. Traitement du sycosis du vestibule des fosses nasales (Soc. de thérap. de Paris, séance du 9 mai ; *Bull. gén. de thérap.*, 8 juin 1894).

A. **Jouslain**. Présentation de cautères galvaniques destinés au pharynx nasal (Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris, mars 1894).

Escat. Evolutions et transformations anatomiques de la cavité nasopharyngienne (Thèse de Paris, juin 1894).

Le Bart. Le chancre primitif du nez et des fosses nasales (Thèse de Paris, juin 1894).

Verneuil. Des causes de l'épistaxis juvénile (Acad. de méd. de Paris, séance du 29 mai 1894).

E. J. **Moure**. Contribution à l'étude de l'ulcère perforant de la cloison nasale (*Arch. clin. de Bordeaux*, avril 1894).

Pignatari. Polype et abcès du sinus frontal (*Rev. gén. d'ophthalm.*, 31 mai 1894).

J. **Molinié**. L'asthme des foins et le coryza spasmodique (Thèse de Paris, 1894).

F. **Schiffers**. De la pathogénie du croup non infectieux de la muqueuse nasale (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 mars 1894).

Schuster. Quelques remarques sur les suppurations des sinus profonds du nez (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 avril 1894).

J. **Mount-Bleyer**. Valeur du traitement aéro-tonique dans les affections du nez, de la gorge et de la poitrine, avec quelques remarques au sujet de bonnes stations d'hiver (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 avril 1894).

Hallopeau et **Jeanselme**. Contribution à l'étude des suppurations associées aux syphilomes tertiaires des fosses nasales (*Ann. de derm. et syphil.*, avril 1894).

Frèche. Occlusion complète de l'arrière cavité des fosses nasales (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 mai 1894).

Martin. Guérison d'un empyème classique du sinus frontal par des injections antiseptiques. Présentation du malade (*Journ de méd. de Bordeaux*, 5 mai 1894).

Maurel. Note sur l'action des vapeurs d'iodoforme contre le coryza (Bull. de la soc. de méd. de Toulouse, p. 33, 1894).

Molinié. De l'emploi des lamelles de celluloïde dans le traitement des synéchies des fosses nasales (Soc. franç. d'otol. et lar., Paris, 30 avril; *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er septembre 1894).

E. J. Moure. Comparaison entre l'électrolyse et les autres modes de traitement dans la destruction des déviations et éperons de la cloison nasale (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 16, 1894).

H. Ripault. Sur l'étiologie et le traitement des épistaxis (*Gaz. méd. de Paris*, 9 mai 1894).

Lathuraz. Polype naso-pharyngien (Soc. des sc. méd. de Lyon ; in *Lyon méd.*, 10 juin 1894).

Blondiau. De l'importance du coryza au point de vue étiologique (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 mai 1894).

Moran. Considérations sur les abcès de la cloison des fosses nasales, de l'utilité de leur incision hâtive pour empêcher les déformations consécutives (Thèse de Bordeaux, 1894).

E. Quénu. Polypes naso-pharyngiens (Soc. de chir. de Paris, séance du 13 juin 1894).

J. Sendziak. Contribution à la casuistique des tumeurs de la cavité naso-pharyngienne (*Rev. de lar. otol. rhin.*, 15 juin 1894).

Didsbury. Contribution à l'étude des rhinolithes (Thèse de Paris, juin 1894).

Barette. Note sur un cas d'empyème du sinus frontal (*Année méd. de Caen*, 15 juin 1894).

M. Lermoyez. Traitement du coryza chronique simple (*Mercredi méd.*, 27 juin 1894).

A. F. Plicque. Traitement d'un accès d'asthme (*Gaz. méd. de Paris*, 30 juin 1894).

Y. Straus. Présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain (Acad. de méd. de Paris, séance du 3 juillet ; *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet 1894).

Capdepont. Contribution à l'étude de l'empyème du sinus maxillaire (Thèse de Paris, juillet 1894).

Sarremone. Des malformations de la cloison du nez et de leur traitement (Thèse de Paris, juillet 1894).

Chambellan. Une observation de rhinite fibrineuse ; coexistence de végétations adénoïdes ; diagnostic avec la diphthérie (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 12 juillet 1894).

Tautil. Des épistaxis des vieillards (*Thèse* de Paris, juillet 1894).

Grelich. Les infections d'origine nasale (*Thèse* de Paris, juillet 1894).

Estieci. De l'ozène et de son traitement par le nitrate d'argent et le chlorure de zinc (*Thèse* de Paris, juillet 1894).

Guillaume. Végétations adénoïdes du pharynx nasal ayant déterminé des accidents cérébelleux réflexes. Ecrasement. Guérison (*Union med. du nord-est*, juillet 1894).

Guillaume. Du toucher naso-pharyngien (Soc. méd. de Reims, 17 mai ; in *Union med. du nord est*, juillet 1894).

P. Berger. Polype naso-pharyngien (Soc. de chir. de Parie, séance du 18 juillet 1894).

V. Blondiau. Du massage vibratoire dans les affections nasales (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 juin 1894).

K. Laker. Contribution à l'étude du massage vibratoire des muqueuses internes (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 juin 1894).

Cazaux. Asthme et opération chirurgicale (Soc. méd. chir. de Paris, séance du 8 mai ; in *Rev. gén. de clin. et thér.*, 25 juillet 1894).

Chauvel. Rhinoplastie avec support (Acad. de méd. de Paris, séance du 24 juillet 1894).

NOUVELLES

Le Dr STETTER, privat-docent de chirurgie et d'otologie à l'Université de Kœnigsberg, a reçu le titre de Professeur.

Par suite de la nomination du Prof. BARTH à la chaire de Breslau, le Dr OSTMANN, de Kœnigsberg, a été nommé Professeur extraordinaire d'Oto-laryngologie à Marbourg.

L'*Association médicale de l'Etat de New-York*, a tenu sa 12e session annuelle les 15, 16 et 17 octobre à New-York. Nous trouvons au programme :

1° Etudes récentes sur la diphthérie et la pseudo-diphthérie, par W. H. PARK ; 2° Empyème de l'antre, par W. CARR ; 3° Considérations générales sur le diagnostic et le traitement de l'inflammation aiguë de l'oreille, par E. B. DENCH ; 4° Corps étrangers de l'œsophage, par H. M. SILVER.

Le *Congrès français de chirurgie* se réunira en 1896 à Paris, sous la Présidence du Prof. TERRIER.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE

Le 8 novembre a eu lieu, au restaurant Marguery, le 30e dîner de l'Association sous la présidence de M. Cézilly, syndic. 22 membres y assistaient.

Après une communication du secrétaire général relative au *Congèrs International de thalassothérapie de Tunis* en 1896, il a été décidé d'instituer un Comité d'*Initiative et de Propagande* composé de tous les membres de l'Association présents au dîner.

Le bureau du Comité, formé par MM. CORNIL, DE RANSE, CÉZILLY et M. BAUDOUIN fournira tous les renseignements nécessaires aux personnes qui, à l'occasion du Congrès, voudraient visiter la Tunisie et l'Algérie.

Candidatures :

M. le Dr O. Guelliot, directeur de l'*Union médicale du Nord-Est*, a été élu membre de l'Association. — Sont nommés rapporteurs des candidatures : Masse (*Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*), Brémond (*Hygiène pour tous*), Blondel (*Revue de Thérapeutique médico-chirurg.*) : MM. Natier, Bardet et Olivier.

Cinquantenaire de la découverte de l'Anesthésie.

L'Association de la Presse médicale s'est préoccupée, sur la proposition de son secrétaire général, de la façon dont on pourrait fêter en France, l'année prochaine, le Cinquantenaire de la découverte de l'Anesthésie (30 septembre 1846). — Une commission, composée de MM. Cornil, Lucas-Championnière, M. Baudouin, a été nommée à cet effet.

AVIS

La table des matières du second semestre de l'année 1895, paraîtra avec le numéro de janvier 1896

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Exophtalmie due à un syphilôme de la fosse ptérygo palatine, par C. HENNEBERT et H. COPPEZ (Extrait des *Ann. de derm. et syphil.*, mars 1895).

Symptômes réflexes d'origine auriculaire, par C. HENNEBERT (Extrait de la *Clinique*, nos 39 et 40, Bruxelles, 1895).

L'aponévrose de la cavité naso-pharyngienne et l'espace rétro-pharyngé. Considérations anatomiques et chirurgicales, par E. ESCAT (Extrait des *Arch. méd. de Toulouse*, 1er et 15 septembre 1895).

Manuel de pathologie externe. Vol. III Maladies des régions. Cou, poitrine, abdomen, par J. J. PEYROT (4e édition entièrement refondue, G. Masson, éditeur, Paris, 1894).

Rapport sur les malades soignés en 1893 et 1894 à la Polyclinique privée pour les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille du Prof. Gottstein, par R. KAYSER (Tirage à part du *Monats. f. ohrenheilk.* no 8, 1895).

Les troubles de l'ouïe consécutifs aux grandes détonations de dynamite, par P. VERDOS (Extrait de la *Rev. de Ciencias med. de Barcelona*, 10 octobre 1895).

Les symptômes complexes de la maladie de Ménière. Les affections de l'oreille interne, par L VON FRANKL HOCHWART (Broch. de 122 pages, prix 3 mk. A. Hœlder, éditeur. Vienne, 1895).

La pratique du Dr Urbantschitsch et le système orto phonique Giampietro dans le traitement des sourds-muets, par E. GIAMPIETRO (Extrait de la *Riv. di patol. e terap. delle mal. della gola, naso ed orecchio*, fasc. 9, septembre 1895).

Recherches et notes originales publiées en 1894 (Calculs salivaires, rhinolithes, otolithes, calculs de l'amygdale et du larynx, mal perforant buccal, etc.) par V. GALIPPE (Broch. de 170 pages, Impr. Schiller Paris, 1894).

Photophore électrique frontal de P. Hélot et G. Trouvé. — Acoumètre. — I. Rhéostat à électrode parasite, par P. HÉLOT (Broch. de 12 pages, Impr. E. Deshays et Cie, Rouen, 1895).

Considérations sur la laryngite chronique sèche, par L. LACOARRET (Supplément au no 9 des *Annales de la policlin. de Toulouse*, 1895).

Perforation des cavités capillaires à travers le crâne pour explorer le cerveau avec l'aiguille et la seringue, par E. SOUCHON (Extrait, avec additions, du *New Orléans med. and surg. Journ.*, mai 1889).

Méthode nouvelle et simple par laquelle des cautères de fer peuvent être rendus incandescents presque instantanément par l'électricité, par W. SCHEPPEGRELL (Extrait du *Med. news*, 10 août 1895).

Le Gérant : G. MASSON.

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. DESTENAY BUSSIÈRE FRÈRES

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1895

(21e VOLUME 2e PARTIE)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

C

D

E

F

G

H

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES MÉMOIRES ORIGINAUX

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

Oreille.

Nez et Sinus.

Larynx et Trachée.

Pages

Bouche et Pharynx.

Œsophage, Corps thyroïde, Varia.

Indications Bibliographiques.

ST-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES



